

OPINNÄYTETYÖ

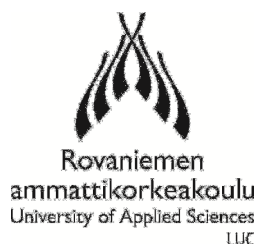
Tuija Lahtela

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TYÖOTTEEN TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ IKÄÄNTYVIEN HOIVAYKSIÖISSÄ



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA



ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TYÖOTTEEN TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ IKÄÄNTYVIEN HOIVAYKSIKÖISSÄ

Tuija Lahtela

2011

Toimeksiantaja Posion kunta / Perusturva

Ohjaaja Outi Soikkeli

Hyväksytty _____ 2011 _____

Työ on kirjastossa lukusallikappale.

Tekijä	Tuija Lahtela	Vuosi	2011
Toimeksiantaja Työn nimi	Posion kunta/ Vanhustyö Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen hoitotyössä ikääntyvien hoivayksiköissä		
Sivu- ja liitemäärä	54 + 2		

Terveiden sekä omatoimisuuden ja kuntoutumisen edistäminen ovat olleet valtakunnallisen ikääntymispolitiikan suuria haasteita jo pitkään. Myös Posiolla ikääntyvien hoivayksiköissä on ollut selkeä tarve kuntoutumista edistävän työotteen mukaiselle toiminnalle. Itä-Lapin oppimiskeskus toteutti Posion perusturvan henkilöstölle ”Kuntouttava työote”-koulutuksen 2008–2009. Sen tavoitteena oli kuntoutumista edistävän työotteen näkyminen käytännön työssä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten kuntoutumista edistävä työote toteutuu hoivayksiköissä ja mitkä ovat sen toteutumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Tavoitteena oli saatujen tutkimustulosten perusteella jatkaa kuntoutumista edistävän työotteen kehittämistyötä pysyvän toimintakulttuurin luomiseksi hoivayksiköihin, sekä hoitajien asiantuntijuuden kehittämiseksi osaksi moniammatillista toimintaa.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla osallistuneista hoivayksiköistä ja analysoitiin SPSS- ohjelmalla. Vastausprosentiksi tuli 59 % (N=73).

Tutkimustulosten mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta kokee, että kuntoutumista edistävä työote toteutuu osana päivittäistä perushoitoa. Henkilökunnan itsearvioinnin mukaan sekä teoriatiedot että käytännöntaidot kuntoutumista edistävästä työotteesta ovat hyvät tai kiitettävät. Kuitenkin yli puolet vastanneista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman käyttö työvälineenä toteutuu vain osittain. Kuntoutumista edistävän työotteen mukaiset tavoitteet kirjataan ja arvioidaan satunnaisesti. Yhteisesti sovittujen toimintatapojen ja kirjattujen toimintaohjeiden koettaisiin kuitenkin edistävän kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamista. Ehkäisevänä tekijänä koetaan riittämättömät henkilöstöresurssit, sekä kouluttamattoman työvoiman käyttö hoitotyössä.

Tulosten mukaan perustiedot ja -taidot kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamisesta ovat kohdallaan. Kehittämiskohteina voisi olla henkilöstöresurssien kohdentaminen, palvelu- ja hoitosuunnitelman hyödyntäminen päivittäisessä työssä, sekä yhteisten toimintatapojen luominen ja moniammatillisen toiminnan suunnitelmallinen lisääminen.

Avainsanat

Kuntoutumista edistävä työote, toimintakyky, ikääntyvä

Author	Lahtela Tuija	Year	2011
---------------	---------------	-------------	------

Commissioned by	Posio Municipality / Geriatric Care
Subject of thesis	Rehabilitative Approach at Work to Promote
Number of pages	Realization of Nursing in the Care Units for The Ageing 54 + 2

Promotions of health, self-reliance and rehabilitation have been the major challenges of the national ageing policy for a long time. The care units for the ageing in Posio have also been in a clear need for a rehabilitative approach at work. The Eastern Lapland Learning Center carried out training for nurses called the "Rehabilitating Approach" during the years 2008 – 2009. The aim was for the rehabilitative approach at work to be promoted as something visible in every day practical work.

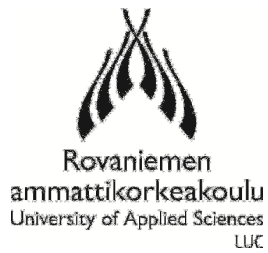
The purpose of this study was to examine how the rehabilitative approach at work becomes reality in care units and what are the promoting and hindering factors in reference to its implementation. The aim was to use the results of this study and continue the rehabilitative approach at work and to develop it to become a permanent culture in the nursing units and also to develop the nurses' expertise in becoming multi-professional.

This thesis used a quantitative research method. The data were collected using a structured questionnaire which was sent to the participating nursing units and analyzed by using the SPSS program. The response rate was 59 % (n=73).

According to the results most of the nurses experienced that rehabilitative approach is already happening at work as part of the daily basic care. On the basis of the nurses self-assessment their theoretical knowledge and practical skills of rehabilitative approach at work are either good or excellent. However, more than half of the respondents felt that they needed additional training.

The use of a service and care plan as a working tool was only occasional. The goals of the rehabilitative approach at work are recorded and evaluated randomly. This study revealed that the set operating policies were seen as measures to promote rehabilitative approach at work to become reality. Insufficient nurses' resources were experienced as preventive factors and so was the use of unskilled labor force in nursing.

According to the results the basic information and skills regarding rehabilitative work approach are in place. The development challenges would



Rovaniemi University Abstract of Thesis
of Applied Sciences
Degree Programme in
Nursing and Health
Care

be the usage of the service and care plan in daily work, the nurses' resources as well as the establishment of common operating policies and systematic increase of the multi- professional activity.

Keywords

rehabilitative approach to work , functional status, aging

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET ..	3
2.1 Hoivayksikkö ja sen toimintaa ohjaavat arvot.....	3
2.2 Ikääntyvä ja toimintakyky.....	8
2.2.1 Ikääntyvä.....	8
2.2.2 Ikääntyvän toimintakyky	10
2.3 Kuntoutumista edistävä työote ja sitä edistävät ja ehkäisevät tekijät	14
2.3.1 Kuntoutumista edistävä työote	14
2.3.2 Edistävät ja ehkäisevät tekijät	17
3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ.....	19
3.1 Hoitotyö	19
3.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön malli.....	22
4 TUTKIMUSONGELMAT.....	27
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	28
5.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi.....	30
5.2.1 Kohderyhmän valinta	30
5.2.2 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu.....	31
5.2.3 Aineiston analysointi	33
5.3 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja pätevyys.....	34
6 TUTKIMUSTULOKSET	36
6.1 Taustamuuttujat.....	36
6.2 Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen	38
6.3 Kuntoutumista edistävää työotetta edistävät ja ehkäisevät tekijät ..	42
6.4 Tulosten yhteenveto	44
7 POHDINTA.....	48
LÄHTEET	51
LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Ihmisarvon kunnioittaminen ja siihen sisältyen oikeus ikääntyä arvokkaasti on yksi perusarvoista, sen turvaa jokaiselle Suomen perustuslaki. Arvokkaan ikääntymisen toteutuminen riippumatta tarvittavan hoidon ja palvelun määrästä tarkoittaa tiettyjen eettisten periaatteiden huomioimista. Yksilöllisyys, voimavaralähtöisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus ovat ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan arvokkaan ikääntymisen turvaavia arvoja. Väestön ikärakenteen nopea muutos on nostanut kuitenkin esiin monia sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kasvun hallitsemiseen liittyviä tekijöitä kuten kunta- ja palvelurakenneuudistuksen, jolla on huomattavia vaikutuksia ikääntyneiden palvelujärjestelmään (STM 2008:3).

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan 15–64 vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2010 on 66 % ja laskee seuraavan kymmenen vuoden aikana 60 %:iin. Vastaavasti yli 65 -vuotiaiden osuus väestöstä on nyt 18 % ja nousee kymmenessä vuodessa 23 %:iin, vuoteen 2030 mennessä yli 65 vuotiaiden määrän ennustetaan olevan 26 %. Vuonna 2008 sosiaali- ja terveysalalla työskenteli hoitotyön ammattiteissa 264 300 henkilöä, keski-ikä ollessa hieman alle 45 vuotta (THL). Ikääntymisraportin (2009) mukaan työikäisen väestön määrän väheneminen suhteessa ikääntyviin tarkoittaa työpanoksen pienenemistä asukasta kohden. Ikärakenteen muutoksen seuraukset heijastuvat hoitotyöhön sekä hoitohenkilökunnan ikääntymisen että sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien ikääntyvien kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman, Kaste 2008 - 2011 mukaan keskeistä on tällä hetkellä ongelmien ennalta ehkäiseminen ja varhainen puuttuminen, henkilöstöressurssien riittävyys ja ammatillisen osaamisen vahvistaminen, johtamiskäytäntöjen uudistaminen sekä työhyvinvoinnin kehittäminen. Terveys edistäminen edellyttää kunnissa toimivia yhteistyörakenteita, riittäviä resursseja ja hyvää vastuullista johtamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien vahvistamista eheyttävällä toimintamallilla. (Kaste 2008, 24–50.)

Oulun yliopistossa, lääketieteellisessä tiedekunnassa Pia Vähäkankaan (2010) tekemässä väitöskirjassa todetaan, miten STM:n kansallisten laatusuosituksen mukaisesti toimintakyvyn edistäminen, ylläpitäminen, omatoimisuus ja itsemääräämisoikeus ohjaavat käytännön toimintaa tulevaisuudessa yhä enenevässä määrin. Niiden toteutuminen on suuri haaste hoitotyössä toimintakykyä edistävälle toiminnalle (Vähäkangas 2010, 15).

Opinnäytetyössäni on tarkoitus tutkia Posion terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan ja Posion perusturvayksikköön kuuluvissa, kotihoidossa, sekä palveluasumisen yksiköissä Valmankodissa, Rantala-kodissa, Suvannossa ja ryhmäkoti Tuulikanteleessa työskentelevien hoitohenkilökuntaan kuuluvien kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista hoitotyössä.

Osa henkilökunnasta on käynyt Itä-Lapin oppimiskeskuksen toteuttaman ”Kuntouttava työote” - koulutuksen, joka alkoi syyskuussa 2008 ja päättyi kesäkuussa 2009. Koulutus toteutui käytännössä kahdessa 7 henkilön ryhmässä, joka kokoontui kerran kuukaudessa. Lähiopetusta oli 63 tuntia ja etätunteja 126, yhteensä 189 tuntia. Koulutuksen tavoitteena oli kuntoutumista edistävän työotteen selkeä näkyminen käytännön työssä. Tämän koulutuksen myötä on hoitotyöntekijöiden keskuuteen vakiintunut käsite kuntouttava työote, se on sisällöltään tässä opinnäytetyössä käytettyä kuntoutumista edistävää työotetta vastaava. Käsite kuntoutumista edistävä työote siirtää mielestäni painotusta hoitajasta asiakkaan suuntaan, sillä kuntouttava työote koetaan enemmän hoitajalähtöiseksi toiminnaksi. Valitsemani aihe on mielestäni erittäin mielenkiintoinen ja työelämälähtöinen, saadut tulokset ovat hyödynnettävissä välittömästi kuntoutumista edistävän työotteen kehittämistyöhön.

2 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Hoivayksikkö ja sen toimintaa ohjaavat arvot

Tässä tutkimuksessa käsitteeseen hoivayksikkö sisältyy palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, laitoshoido ja kotihoito.

Kotihoitoon sisältyvät käsitteet kotisairaanhoito ja kotipalvelu, jotka kokonaisuutena tarkasteltaessa voidaan määritellä toteuttajien eli eri ammattihenkilöiden, tehtävien ja palveluiden, toteuttamispaikan ja asetettujen tavoitteiden perusteella. Tähän perustuen kotihoidolla tarkoitetaan sairaanhoitajien, lähihoitajien, perushoitajien, kodinhoitajien, kotiavustajien, fysioterapeuttien, kuntohoitajien ym. asiakkaan kotona suorittamia terveyden- ja sairaanhoidon sekä kodinhoidon ja kuntoutumiseen liittyviä tehtäviä tavoitteena hoidon ja avun antaminen kotona selviytymisen tukemiseksi ja ennalta ehkäisevässä mielessä myös laitoshoidon välttämiseksi. (Tepponen 2009, 19.)

Kotihoidon käsite on tullut tunnetuksi Suomessa 1990 -luvulta eteenpäin kuntien palvelurakennemuutoksen kautta, jolloin sosiaali- ja terveystoimen virastoja ja lautakuntia alettiin yhdistää. PARAS -hankkeen (palvelu- ja kuntarakenteen muutos -hanke) ja kotihoidon vuonna 2004 alkaneen valtakunnallisen hallintokokeilun myötä kotihoito käsitteenä on tullut mukaan myös lainsäädäntöön, kokeilua säätelevissä muutoslaeissa, Sosiaalihuoltolaki 1428/2004 ja Kansanterveyslaki 1429/2004. Toimintojen yhdistämisestä on tukenut myös 1990- luvulta alkanut lähihoitajakoulutus, jossa aikaisemmat erilliset kodinhoitaja- ja perushoitajakoulutukset on yhdistetty molempien alojen osaamiseen tähtääväksi ammattikoulutukseksi (Tepponen 2009, 17–18.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008:3) todetaan käsitteen palveluasuminen virallisen määritelmän puuttuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoissa sen määrittelyä koostuvan vuokrasopimuksella hallintaan kuuluvan asunnon lisäksi myös asukkaan tarvitsemista hoito- ja hoivapalveluista. Palveluasuminen voi olla tavallista, jossa hoitohenkilökunta on paikalla päivisin tai tehostettua palveluasumista, jossa hoitohenkilökunta

on paikalla aina. Tehostetun palveluasumisen yksiköiden asukkaat eivät ole laitoshoidossa, vaan kyseessä on avohoidon yksikkö, jossa asukas maksaa vuokraa asunnosta ja korvauksen käyttämistään hoito- ja hoivapalveluista. (STM 2008:3).

Laitoshoidon alun voidaan katsoa olevan ajassa, jolloin vaivaistalot jäivät historiaan siirryttäessä käyttämään nimitystä kunnalliskoti. Niiden sairasosastoilla oli tarkoitus korvata osittain sairaalahoitoa, pitkän toipumisajan tarpeessa oleville. Laitoshoidon sisältönä alkuvaiheessa ollut holhous- ja auttamistyö on kokenut suuren muutoksen, nykyään se nähdään tasa-arvoisena ja ihmistä kunnioittavana toimintana, pääpainon ollessa kuntoutumisprosessissa ja ihmisen omassa aktiivisessa osallistumisessa hoitoonsa. Joidenkin tutkimusten antaman näytön pohjalta voidaan kuitenkin väittää, ettei tämä tapahtunut asenne- ja toimintatapamuutos koske aina ikääntyvien laitoshoidon sisältöä. (Vähäkangas 2010.)

Sosiaalihuoltolain mukaista laitoshoidoa, kuten intervallihoido, annetaan esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon tarvittavat edellytykset täytyvät, kun ikääntyneen tarvitseman ympärivuorokautisen hoidon järjestämisestä ei voida turvallisesti toteuttaa ikääntyneen omassa kodissa tai palveluasunnossa. Laitoshoitoon sisältyy hoidon ja ravinnon lisäksi lääkkeitä ja puhtaus. Lyhytaikaisen laitoshoidon tavoitteena on pysyvän, pitkäaikaisen laitoshoidon ehkäiseminen, ikääntyneen kotona selviytymisen ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen. Lyhytaikaishoido voidaan toteuttaa joko satunnaisina tai säännöllisesti toistuvina intervallijaksoina. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan turvallisuuden edistämisen lisäksi kodikkuus, viihtyvyys ja yksityisyys ovat arvoja, jotka mahdollistavat laadukkaan pitkäaikaishoidon toteutumisen. Pitkäaikaisen laitoshoidon yksiköissä tavoitteena tulisi olla oman huoneen ja wc-/suihkutilan mahdollisuus sitä haluaville. Laitoshoidossa olisi entistä tehokkaammin syytä huomioida ikääntyneen ja toimintakyvyltään heikentyneen ihmisen oikeus säilyttää itsemääräämisoikeutensa, yksityisyytensä ja osallisuutensa, sekä mahdollisuus toimia elinympäristössään täysvaltaisena jäsenenä. (STM

2008:3.) Terveyskeskusten vuodeosastolla pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä on monia, samanaikaisia pitkäaikaissairauksia ja muita lääketieteellistä hoitoa edellyttäviä ongelmia huomattavien toimintakyvyn puutteiden ohella. Laitoshoidossa kyetään moniammatillisen yhteistyön keinoin parantamaan ikääntyneen elämänlaatua mahdollistamalla olemassa olevan toimintakyvyn ylläpitäminen ja ehkäisemään jo ennalta sen heikentymistä. (Vähäkangas–Noro 2009.)

Terveiden sekä omatoimisuuden ja kuntoutumisen edistäminen ovat olleet valtakunnassa toteutettavan ikääntymispolitiikan suurina haasteina jo 2000-luvulta asti (Vähäkangas 2010, 24). Myös Posiolla on asia noussut vuosi vuodelta yhä vahvemmin esiin. Hoivayksiköissä on ollut selkeä tarve kuntoutumista edistävän työotteen mukaiselle toiminnalle asukkaiden elämänlaadun parantamiseksi ja passivoivan hoitokulttuurin poistamiseksi sekä sen myötä hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyden parantamiseksi. Tämän tutkimuksen kohteena ovat kolme tehostetun palveluasumisen yksikköä Valmankoti, Rantala-koti ja Suvanto sekä ryhmäkoti Tuulikannel, Posion terveyskeskuksen vuodeosasto ja Kotihoito.

Valmankodin toiminta-ajatuksena on tarjota asukkaalle hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen yksilöllinen, kodinomainen, turvallinen ja omatoimisuutta tukeva hoito, kuntoutus ja huolenpito sekä virikkeitä antava elinympäristö. Asukkaiden päivittäiseen avun tarpeeseen vastataan kuntouttavan työotteen periaatteella. Valmankodissa asuu pysyvästi 18 asukasta ja vuorotteluhoitoon on varattu kaksi paikkaa. Toimintaa ohjaaviksi arvoiksi perehdyttämiskansioon on kirjattu asukkaiden tarpeista lähtevät palvelut, asukkaan kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus, jokaisen työntekijän omat voimavarat, vastuunottaminen ja sitoutuminen, avoin vuorovaikutus ja asiakaskeskeinen yhdessä tekeminen, taloudellinen voimavarojen käyttö ja muutosten hallinta, toiminnan arvoperustasta johdetut laatuperiaatteet ja jatkuva arviointi. Henkilökuntaan kuuluu 9 perus-/ lähihoitajaa, 3 hoitotyöhön osallistuvaa osastoapulaista ja yksi työllistetty pitkäaikaistyötön, joka osallistuu myös hoitotyöhön.

Rantala-koti on keski-vaikeaa tai vaikeaa dementoivaa sairautta sairastaville tarkoitettu tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa henkilökuntaan kuuluu 7 perus-/ lähihoitajaa sekä 2 hoitoapulaista. Asukkaita on 12 vakituista ja yksi paikka vuorotteluhoidon asiakkaalle varattuna. Vuorotteluhoidon tavoitteena on tukea omaishoitajan jaksamista ja ylläpitää dementoituvan asiakkaan toimintakykyä kotona pärjäämisen tueksi. Tavoitteena on tarjota kodinomaista ja laadukasta asumista, jossa dementoitunut voi säilyttää ihmisarvonsa, kokea turvallisuutta ja onnistumisen tunteita. Asukkaan turvallisuuden, toimintakyvyn, tapojen ymmärtämisen ja tottumusten huomioiminen, sekä sosiaalisen verkoston ylläpitämisen tukeminen kuuluvat Rantala-kodin toiminta-ajatuksiin. Asukkaalle annetaan hänen tarpeistaan lähtevät palvelut, jotka määritellään asukkaan ja hänen omaisensa kanssa. Muita kirjattuja arvoja ovat henkilökunnan vastuullisuus, ammattitaitoisuus ja kiinnostus työhön sekä henkilökunnan voimavarojen tukeminen, avoimuus ja asukaslähtöinen toiminta.

Suvanto on vuonna 2010 helmikuussa toimintansa aloittanut tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa vakituiseen asumiseen on tarjolla 12 paikkaa ja vuorotteluhoitoon kaksi paikkaa. Sen toiminnan tavoitteena on korostaa kodinomaisuutta, yksilöllisyyttä, sekä toimintakykyä ylläpitävää hoivaa ja huolenpitoa. Tämä tapahtuu kuntouttavalla työotteella, jolla henkilökunta tarkoittaa säilyneiden voimavarojen ja kykyjen ylläpitämistä, itsenäisyyden tukemista, voimavarojen tunnistamista ja huomioimista sekä hoitotyön tavoitteellisuutta, suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Henkilöstö koostuu kymmenestä lähihoitajasta. Toimintaa ohjaava arvokeskustelu on käynnissä.

Tuulikannel on ryhmäkoti, jonka toiminta-ajatuksena on turvallisen, aktiivisen ja tasapainoisen vanhuuden tarjoaminen kodinomaisissa olosuhteissa. Toiminta perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen ja asukkaan omatoimista selviytymistä, oman elämän hallintaa tukevaan, ennakoivaan ja kuntouttavaan työotteeseen sekä omahoitajajärjestelmään. Ohjaaviksi arvoiksi on kirjattu yksilön arvostaminen, joka ilmenee inhimillisenä kohteluna ja yksilön vaikutusmahdollisuuksien sekä itsemääräämisoikeuden edistämisenä. Muita toimintaa ohjaavia arvoja ovat luottamus, jatkuvuus, ammatillisuus ja vastuullisuus. Henkilökuntaan kuuluu yksi perushoitaja ja

yksi lähihoitaja sekä yksi kokopäiväinen kotiavustaja ja yksi osa-aikainen kotiavustaja. Ryhmäkodin oma henkilökunta on paikalla klo 07.00 – 21.00, muuna aikana hoitajakutsut siirtyvät samassa rakennuksessa toimivaan Valmankotiin tai Rantala-kotiin.

Kotihoidon toiminnan perustana on kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ja kuntouttava työote. Kuntouttavaan työotteeseen kuuluu asiakkaan omatoimisen selviytymisen ja oman elämän hallinnan tukeminen. Yksilöllisiin palvelutarpeisiin vastataan monimuotoisilla ja joustavilla palveluilla, jotka järjestetään ja tuotetaan ammattitaitoisella ja riittävällä henkilöstöllä. Moniammatillisen osaamisen keinoin tavoitteena on asiakkaiden hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisy. Kotihoidon työtä ohjaaviksi arvoiksi on kirjattu yksilön arvostaminen, luottamus, jatkuvuus, ammatillisuus ja vastuullisuus. Henkilökuntaan kuuluu 17 hoitotyötä tekevää.

Posion terveyskeskuksen vuodeosastolla on 39 potilaspaikkaa. Kirjattuina arvoina ovat oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, avoimuus ja luottamus. Myös Me-henki on osaston perehdytyskansioon kirjattuna ja tarkoittaa työtovereiden keskinäistä avunantoa ja luottamusta. Asioita hoidetaan sekä hyvinä että huonoina aikoina yhteiseen tavoitteeseen tähdäten ja työpaikalla on tilaa keskustella. Tärkeäksi koetaan myös omatoimisuuden tukeminen, joka toteutuu välttämällä tekemästä asioita potilaan puolesta työn nopeuttamiseksi, tekemällä yhteistyötä avohoidon ja omaisten kanssa potilaan itsenäisen selviytymisen vahvistamiseksi, kartoittamalla potilaan voimavarat perustaksi toimintakyvyn säilyttämiseksi ja edistämiseksi. Osastolla on 21 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa.

Itä-Lapin oppimiskeskus toteutti Posion perusturvan työntekijöille ”Kuntouttava työote”-koulutuksen, joka alkoi syyskuussa 2008 ja päättyi kesäkuussa 2009. Käytännössä koulutus toteutui kahdessa 7 henkilön ryhmässä, jotka kokoontuivat kerran kuukaudessa. Lähiopetusta oli 63 tuntia ja etätunteja 126, yhteensä 189 tuntia, tavoitteena oli kuntouttavan työotteen selkeä näkyminen käytännön työssä.

Koulutuksen sisältönä olivat kuntoutuksen toimintaympäristöt ja asiakkaan kohtaaminen, työn tutkimus ja kehittäminen, tiimin kehittyminen, kuntoutuksen lainsäädäntö, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutuksen tavoite, voimaannuttaminen ja valtaistuminen, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatiminen, toimintakykytestit, arjessa avustaminen, apuvälineet, työhyvinvoinnin perusteet ja oman yksikön hyvinvoinnin kehittäminen.

Yhteisen toimintafilosofian puuttuminen, uuden ryhmäkodin perustaminen 2010 alussa sekä eläköitymisen myötä tapahtunut hoitajien vaihtuminen loi tarpeen tutkia, miten eri hoivayksiköissä ymmärretään kuntoutumista edistävän työotteiden sisältö, miten kuntoutumista edistävä työote toteutuu hoitajien mielestä, mitkä tekijät edistävät ja ehkäisevät sen toteutumista sekä minkälaisiksi he arvioivat omat kuntoutumista edistävän työotteiden toteuttamiseen liittyvät teoretiset ja käytännön taitonsa.

2.2 Ikääntyvä ja toimintakyky

2.2.1 Ikääntyvä

Ihmisen kronologisen iän määrittää tasapuolisesti kaikilla tällä hetkellä eletävän vuoden ja syntymävuoden välinen erotus, biologinen ikä sen sijaan on riippuvainen vanhenemiseen liittyvien muutoksien tapahtumisnopeudesta elimistössä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna ikääntyessäkin jokaisella on oikeus ihmisarvoiseen elämään (STM 2008, 12). Suomen perustuslain mukaan kaikille on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen sekä oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömyyden huolenpitoon (Suomen perustuslaki 731/1999, 6 §, 19 §, 25 §). Valtakunnallisen ikääntymispolitiikan perusteella on yhteiskunnan huomioitava ikääntyvien tarpeet ja sopeuduttava ikärakenteen muutokseen (STM 2008, 3).

Biologisesti ajateltuna ikääntyminen on elimistön vanhenemista eli erilaisia solutasolla tapahtuvien kemiallisten reaktioiden muutoksia, jotka alkavat jo varhaisessa keski-iässä. Elimistön tasapainotilan ylläpitokyky häiriintyy ja

sen seurauksena tiettyjen elintoimintojen, kuten hermoston säätelyjärjestelmien sopeuttavat ja korjaavat toiminnot heikkenevät. Tämä tapahtuu suhteellisen hitaasti ja yksilöllisesti. Vanhenemismuutokset ovat palautumattomia, ne ilmenevät kaikilla ja aiheuttavat vähintäänkin lievää toimintakyvyn laskua. (Heikkinen, E 2003, 330–332.)

Ikääntyminen koetaankin usein eriasteisena toimintakyvyttömyyden ja oman elämänhallinnan menettämisen pelkona. Toimintakyvyn määrää mitataan arvioimalla omaa toimintaa ja vertailemalla sitä aikaisempaan toimintaan tai toisten samanikäisten toimintakykyyn. Arvioinnin perustana on päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, kodin ulkopuolella tapahtuvien asioiden hoitaminen ja kyky huolehtia omasta henkilökohtaisesta hygieniasta. Toisaalta ikääntymistä ei tarvitse kokea ongelmaksi, vaan ajatella sen olevan ainutkertainen elämänvaihe. Eliniän kasvu on todiste hyvin toimineesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Ikääntyä voi aktiivisena osallistujana ja kertyneet vuodet kokea voimavarana. (Heikkinen, E 2003, 330–331; Laitinen-Junkkari–Isola–Rissanen–Hirvonen 1999, 20.) Samantapaisen näkemyksen esittävät myös Hirvonen ym. (2004) artikkelissaan. Sen mukaan ikääntyminen voidaan ymmärtää myönteisenä, rauhallisena ja tasapainoisena, sisäisen kasvun vaiheena elämässä, muiden ikäkausien kanssa tasa-arvoisena. Sen ei tarvitse olla perinteisen käsityksen mukaista surua, masennusta ja luopumista. Ikääntyneet eivät ole tasapäinen passiivinen palveluja paljon tarvitseva massa. (Hirvonen–Nuutinen–Rissanen–Isola, 2004, 236.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus esittää näkemyksen, jonka mukaan ikääntymiselle on tyypillistä kasvava tarve toisten antamaan tukeen ja apuun turvautumiseen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseksi sairauksien, ikääntymisen ja heikentyneen terveyden alentaman toimintakyvyn vuoksi. Ihmisarvoisen ikääntymisen toteutuminen edellyttää oikeita arvovalintoja ja niitä tukevien eettisten periaatteiden noudattamista (STM 2008, 50, 12). Eettisesti tarkasteltuna ei ikääntymisen tarkka määrittely ole oleellista, koska ikääntyminen ja sen mukana tulevat muutokset ovat subjektiivinen käsitys ja kokemus (Leino-Kilpi–Välimäki 2002, 228).

Tässä tutkimuksessa käsite ikääntyvä tarkoittaa hoivayksikön asiakasta, joka ikääntymisestä biologisena prosessina tai ikääntymisen myötä tulleista erilaisista sairauksista ja terveysongelmista johtuen tarvitsee terveydenhuollon hoivayksiköissä toteutettavia palveluja selviytymisensä tueksi, riippumatta kertyneistä ikävuosista.

2.2.2 Ikääntyvän toimintakyky

Toimintakykkäsitteen määrittely on mahdollista monin eri tavoin, eikä ole aikaan saatu täysin yhteneväistä käsitteistöä. Laajasti ymmärrettynä siinä on kyse yksilön hyvinvoinnista ja selviytymiskyvystä normaaleissa arjen toiminnoissa, joita voidaan tarkastella jäljellä olevien voimavarojen ja toiminnan kautta tai vaihtoehtoisesti arvioimalla toiminnan vajavuuksia. (Voutilainen–Vaarama 2005, 8; Laukkanen 2003, 255.) Ikääntymisraportin (2009) mukaan WHO:n tekemien selvitysten perusteella 80 % sepelvaltimotaudeista ja 90 % kakkostyyppin diabetestapauksista olisi ehkäistävissä. Siksi terveiden elintapojen merkitystä ei voida korostaa liikaa, koska sen avulla tapahtuu yleisen kansanterveyden paraneminen ja välittömien sairauksista aiheutuvien kustannusten sekä toimintakyvyn vajeiden pieneneminen. Sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, hengityselinsairaudet ja mielenterveysongelmat aiheuttavat 2,7 miljardin vuosittaisten kustannusten lisäksi huomattavia toimintakyvyn vajavuuksia ikääntyneille. (Ikääntymisraportti 2009, 215–218.) Voutilaisen ja Vaaraman kirjoittamassa, Stakesin julkaisemassa tutkimuksessa todetaan toimintakyvyn arvioimisen keskeinen merkitys ikääntyvän palvelutarvetta kartoitettaessa (Voutilainen ym. 2005, 7). Myös Paltamaa ym. (2006) toteaa, kuinka toimintakyvyn merkitys on usealla eri taholla muodostunut keskeiseksi tekijäksi.

Toimintakyky on olosuhteiden mukaan muuntuva tekijä. Itsensä ilmaiseminen ja oman identiteetin rakentaminen jatkuu koko elämän ajan, riippumatta iästä ja toimintakyvyn tasosta. Neljästä osa-alueesta kognitiivisesta, psyykkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä toimintakyvystä koostuva kokonaisuus toimii vuorovaikutuksessa ikääntyvän elinympäristöön kuuluvien erilaisten tekijöiden kanssa. Kognitiiviseen toimintakykyyn sisältyy

kielellisen toiminnan lisäksi, tiedon käsittely, oman toiminnan ohjaus, uuden oppiminen ja muisti. Psyykkinen toimintakyky on psyykkisen hyvinvoinnin ohella myös taitoa hallita muuttuvia elämän tilanteita, olla tyytyväinen, arvostaa itseään ja tuntea omat voimavaransa. Kaikkea sitä, miten eri tilanteissa kykenee käyttämään henkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään omien tavoitteidensa ja toiveidensa toteuttamiseksi. Vuorovaikutus, kyky toimia sujuvasti ystävien ja omaisten kanssa, oman elämän kokeminen mielekkääksi sekä osallistuminen ja vastuu muista kanssa ihmisistä sisältyvät käsitteeseen sosiaalinen toimintakyky. (Voutilainen ym. 2005, 8.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa myös sosiaalisten yhteyksien lukumäärää. Sosiaalinen aktiivisuus ei kuitenkaan ole vakio vaan vaihtelee eri elämäntilanteiden ja ihmisten välillä. (Laukkanen 2003, 255.) Syöminen, juominen, ruuanvalmistus, nukkuminen, hygieniasta ja wc-käynneistä huolehtiminen sekä pukeutuminen kuuluvat fyysiseen toimintakykyyn liikkumisen, kyvyn hoitaa asioita kodin ulkopuolella sekä sairauksien vaikutuksen ja vallitsevan terveydentilan ohella. Kaikilla osa-alueilla on oma tärkeä merkityksensä ja jokaisella on aina myös vaikutus toinen toisiinsa. (Voutilainen ym. 2005, 8; Laukkanen 2003, 258.) Tästä syystä toimintakyvyn osa-alueiden arvioinnissa on huomioitava vaikutukset arjen toiminnoista selviytymiselle ikääntyneen omassa asuinympäristössään (Arolaakso-Ahola-Rutanen 2007, 9). Ikääntyvän muuttuvan toimintakyvyn tarpeisiin vastaavan palvelukokonaisuuden muodostaminen on toimintakyvyn arvioinnin tavoite suunniteltaessa moniammatillisesti toteutettavaa laadukasta ja oikea-aikaista hoito- ja sosiaalityötä ikääntyvän tukemiseksi (Voutilainen ym. 2005, 7).

Ikääntyvien sairauksien ensisijaisen ehkäisyn tavoitteena on toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen. Tästä syystä jäljellä olevan toimintakyvyn tason määrittäminen tai vaihtoehtoisesti mitattavissa olevien toiminnanvajavuuksien arvioimisen tavoitteena on antaa ikääntyvälle ihmiselle juuri niitä palveluita ja apuvälineitä, joita he yksilöinä tarvitsevat selviytyäkseen arkipäivästään. Iän mukanaan tuomien sairauksien määrällisesti lisääntyessä ja pitkittyessä, aiheuttavat oireiden paljous ja lääkkeiden yhteisvaikutukset helposti huomattavia toimintakyvyn rajoitteita. (Liite 1.) Kaikilla tulee kuitenkin yleisesti hyväksytyn periaatteen mukaan, ikään ja toimintakykyyn katsomatta, olla

mahdollisuus ja oikeus asua ihmisarvoaan ja elämäntapojaan vastaavalla ja kunnioittavalla tavalla. (Heikkinen, E 2003, 330–334.) Selviytymisongelmien ratkaiseminen edellyttää apuvälineiden hankkimisen lisäksi ikääntyvän omien voimavarojen ja elämisen vaatimustason uudelleenarviointia (Helin 2003, 339). Akuuttien ja kroonisten terveysongelmien varhainen havaitseminen parantaa ikääntyvien elämänlaatua ja vähentää riippuvuutta (Heikkinen, E 2003, 330–334; Bowman – Easton 2000, 75–79).

Luonnollisen vanhenemisprosessin, sairastuvuuden kasvun tai sairauksien lukumäärän mukaan on mahdotonta arvioida ikääntyvän todellista, yksilöllistä avuntarvetta, joten toimintakyvyn arvioinnilla on olennainen merkitys ikääntyvän terveydentilaa tarkasteltaessa (Arolaakso-Ahola–Rutanen 2007, 9). Ikääntyvän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta kartoitettaessa ja hoitoa ja palveluja suunniteltaessa voidaan perustana käyttää RAVA-indeksiä (taulukko 1). Lähtökohtana on todenmukainen tieto ikääntyvän omista voimavaroista suhteessa avun tarpeeseen ja määrään, siksi oleellista onkin arvion tekijän suhde ikääntyvään. Luotettavuus on sitä parempi mitä tutumpi arvion tekijä on ikääntyvälle. Näin saadaan parhaiten selville ikääntyvän itsenäisen suoriutumisen aste päivittäisistä perusrutiineista suoriutumiselle. RAVA-indeksin minimi on 1,29 ja maksimi 4,02. Mitä pienempi, arvo sen vähäisempää on hoidon ja hoivan tarve ja riippuvuus muiden avusta.

Toimintakykyyn alentavasti vaikuttavat myös sairaudet, asumisolosuhteiden puutteet, tukihenkilöiden puuttuminen ja yksin asuminen. Nämä tekijät eivät näy RAVA-indeksiä arvioitaessa, joten ne on huomioitava ikääntyvää itseään haastatteleamalla. RAVA-indeksiä voidaan käyttää henkilökuntaresurssien riittävyden arvioinnissa laskemalla hoivayksikön asukkaiden RAVA-indeksin keskiarvo, jonka avulla osoitetaan kyseisen hoivayksikön asukkaiden hoitoisuus. (Päivärinta ym. 2002, 76–77.) Vertaamalla saatua arvoa määrällisesti ja laadullisesti tavoitteiden mukaisten palveluiden toteuttamiseksi paikallisesti suunniteltuun arvoon saadaan käsitys henkilökunnan riittävydestä hoitaa asukkaita yksilöllisesti ja toimintakykylähtöisesti. Henkilöresurssien riittävyttä arvioitaessa on ikääntyvien toimintakyky ja hoitoisuus tärkein tekijä. Oikein mitoitettut

resurssit ovat olennainen osa jokaisessa palveluja antavassa hoivayksikössä. (STM 2008, 16–17.)

Taulukko 1. Ikääntyneen toimintakyvyn, avun, kuntoutuksen ja palvelun tarve RAVA-indeksin mukaan arvioituna. (Päivärinta–Haverinen 2002.)

RAVA-indeksi	Hoidon tarve	Viitteellinen hoitosuositus ensimmäinen vaihtoehto on ensisijainen
1,29 – 1,49	Satunnainen	Itsenäisesti tai omaisen avulla kotona
1,50 – 1,99	Tuettu	Kotihoito/ tehostettu palveluasuminen erityistilanteissa
2,00 – 2,49	Valvottu	Tehostettu kotihoito/ tehostettu palveluasuminen
2,50 – 2,99	Valvottu	Tehostettu palveluasuminen/ vanhainkoti / tehostettu kotihoito
3,00 – 3,49	Tehostettu	Vanhainkoti/ terveyskeskussairaala/ tehostettu kotihoito
3,50 – 4,02	Täysin autettava	Terveyskeskussairaala/ vanhainkoti/ tehostettu kotihoito

RAVA-arviointilomakkeen avulla voidaan konkreettisesti selvittää ne toiminnot, joissa ikääntyvä tarvitsee apua ja sen pohjalta muodostaa täsmälliset hoidon ja palvelun tavoitteet. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tulisi RAVA-indeksin arviointipäivämäärän lisäksi liittää myös arviointilomake sekä mahdolliset muut RAVA-arvioinnin lisäksi tehdyt arvioinnit, kuten MMSE, GERAD ja GDS. Muistiin ja mielialaan liittyvien arviointien tulokset selventävät ikääntyvän toimintakykyyn vaikuttavia muita tekijöitä. (Päivärinta ym. 2002, 77.)

Mini-Mental State Examination eli MMSE-testi on lyhyt kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu testi, jonka osa-alueina ovat orientaatio, mieleen painaminen ja palauttaminen, tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja laskutaito. Kielellistä kyvykkyyttä arvioidaan nimeämis-, toistamis- ja kolmivaiheisen komennon noudattamistehtävien avulla sekä arvioimalla luku-, kirjoitus- ja hahmottamistaitoja. Tuloksia tarkasteltaessa ovat huomioitavia testiin vaikuttavia tekijöitä olemassa oleva puhehäiriö, tutkittavan

koulutustaso ja sosiaalinen asema. Iäkkäimmät ja vähän koulutusta saaneet voivat saada alhaisen pistemäärän ilman kognitiivista häiriötä ja nuoremmat sekä paremmin koulutetut voivat saada tulokseksi korkeammat pisteet ja silti tarkemmassa neuropsykologisessa tutkimuksessa löytyy selkeä kognitiivinen häiriö. Maksimipisteet ovat 30 ja 24 pistettä tai alle on viite poikkeavasta suorituksesta, diagnoosi tehdäänkin aina perusteellisen neuropsykologisen tutkimuksen pohjalta. (Mänty – Sihvonen – Hulkko – Lounamaa 2007.)

2.3 Kuntoutumista edistävä työote ja sitä edistävät ja ehkäisevät tekijät

2.3.1 Kuntoutumista edistävä työote

Kansanterveyslaki (66/1972) ja uusi 1.5.2011 voimaan astunut Terveystieteidenlaki velvoittavat huolehtimaan ja seuraamaan ikääntyvien hyvinvointia, edistämään terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä kehittämään terveysneuvontapalveluja (STM 2008, 21; Eduskunta). Sosiaali- ja terveysministeriössä on virkamiestyönä tehty selvitys iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi suunniteltujen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden toteutumisesta. Tarkoituksena on saada voimaan laki, joka turvaisi iäkkäiden oikeudet ja vahvistaisi heidän osallisuuttaan oman elämänsä vaikuttajina, iäkkäille annettaisiin subjektiivinen oikeus tarpeenmukaisiin palveluihin. Lakia on tarkoitus soveltaa ensisijaisesti kunnan järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja se velvoittaa kunnan huomioimaan tekemiensä päätösten ja ratkaisujen valmistelussa vanhuuseläkkeensaajien asemaan kohdistuvat vaikutukset. Se parantaisi iäkkäiden palvelutarpeiden huomioimista antamalla uuden keinon valvoa palvelujen laatua ja palvelutarpeisiin vastaamista, sillä lain mukaan henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa havaituista epäkohdista. (STM 2011.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisesti ikääntyneille suunnatuissa palveluissa, niin ehkäisevissä kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa, on arvioitava, ylläpidettävä ja edistettävä asiakkaan kuntoutumista ja toimintakykyä havainnoimalla häntä sekä erilaisten toimintakykymittareiden tai arviointijärjestelmien avulla huomioiden

asiakkaalta itseltään ja/tai omaiselta haastattelun kautta saadut tiedot. Asiakastietojärjestelmän pitämisestä ajantasalla on huolehdittava kirjaamalla edellä mainitut tiedot siihen päivitettyinä. (STM 2008,31.) Tavoitteena on huomion kiinnittäminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä ehkäisevään toimintaan. Keskeisiksi, huomioitaviksi osa-alueiksi muodostuvat silloin varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, olemassa olevien sairauksien tehokas hoito ja kuntoutus, gerontologisen asiantuntijuuden vahvistaminen, itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen, lihaskuntoa ja tasapainoaisia vahvistavien ja ylläpitävien liikuntamahdollisuuksien lisääminen sekä onnistuvan ikääntymisen turvaaminen. (STM 2008, 20.)

Kuntoutus on tavoitteellista, ihmisen toimintakyvyn huomioivaa toimintaa, jonka päämääränä on kulttuuri- ja aikasidonnaisesti integroida ihminen omaan sosiaaliseen ryhmäänsä (Vähäkangas 2010, 34). Tavoitteena on ihmisen selviytymisen tukeminen omassa asuin- ja elinympäristössään ylläpitämällä tai palauttamalla toimintakyky kuntoutuksen keinoin tai ehkäisemällä jo ennakkoon toimintakyvyn mahdollisen huononeminen (Routasalo–Lauri 2001, 207). Se on yksilölähtöistä, oikea-aikaista ja vaikuttavaa, moniammatillisesta osaamisesta muodostuva prosessi, jonka tavoitteena on sairauksien tai vammautumisen heikentämän toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen arvioinnin, neuvonnan, ohjauksen ja tarvittavien apuvälineiden keinoin. Lyhyt- ja pitkäaikaisten tavoitteiden asettaminen ja kuntoutumisen sekä tavoitteiden saavuttamisen arviointi säännöllisesti toimii kuntoutumisprosessin perustana. (Grönlund 2010, 15 -16; Bowman – Easton 2000, 75–79.)

Kuntoutumista edistävä työote tarkoittaa kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien toteuttamaa, yhteisiin toimintatapoihin perustuvaa toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa (Vähäkangas 2010, 21; Helin 2003, 347). Myös Kelhän (2006) mukaan asiakkaan tukeminen ja kannustaminen on kuntoutumista edistävän työotteen tavoite. Lisäksi hän toteaa lähtökohtana olevan asiakkaan omat päätökset ja valinnat hoitoaan koskevissa ratkaisuissa. Kuntoutumista edistävä työote on asenne ja työtapo, jossa ei tehdä asioita asiakkaan puolesta vaan tuetaan hänen itsenäisyyttään,

yksilöllisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan ja tehdään asiat yhdessä tukien ja kannustaen jäljellä olevien voimavarojen käyttämistä. (Kelhä 2006, 7-8.) Käyttämällä kuntoutumista edistävää työtettä kykenee asiakas ammattihenkilön kannustamana ja tukemana käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan ja toimintakykyään arjen toiminnoissa (STM 2008, 27).

Heikkisen (2003) mukaan gerontologiseen hoitotyöhön kuuluu erilaisten kuntoutustekniikoiden hallinta hyvien vuorovaikutustaitojen ohella, samoin taito sopeuttaa ikääntyvää vallitsevaan elämäntilanteeseen ja kannustaa kohti seuraavaa päivää (Heikkinen, R 2003, 365). Varhaisella puuttumisella toimintakyvyn vajeiden muodostumiseen sekä toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla, käyttämällä kuntouttavaa työtettä, ehkäistään ja siirretään hoidon ja palvelujen tarvetta ja määrää myöhäisempään ajankohtaan. Asiakaslähtöisyys on hoito- ja palvelukokonaisuuksien perustana, asetetaan tavoitteet kuntoutumista ja toimintakykyä edistävälle toiminnalle tehdyn arvioinnin perusteella. (STM 2008, 22, 31.)

Kuntoutuksen käsitteen sisällön ymmärtäminen on edelleen erittäin suppeaa. Sen katsotaan olevan fysioterapiaa, sairauksien tuomia ongelmia korjaavaa ja toimintakykyä palauttavaa toimintaa. Varsinkin ikääntyneisiin kohdistuessaan tulisi näkökulmaa avartaa ja tavoitteita sekä käytettäviä menetelmiä laajentaa, koska on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä moniammatillisen geriatrisen tiimin arviointiin perustuvasta kuntouttavasta toiminnasta ikääntyvien monisairaiden kohdalla. Ikääntymisen myötä korostuu toimintakyvyn monimuotoisuus ja päivittäistoiminnoista selviytymiseen vaikuttavien fyysisten, psyykkisten ja kognitiivisten voimavarojen merkityksellisyys sosiaalisen verkoston toimivuuden ohella. Ulkopuolisen avuntarpeen muodostavien riskitekijöiden, jotka aikaan saavat toimintakyvyn vajavaisuuksia, tunnistaminen mahdollistaisi oikein kohdistetun ennalta ehkäisevien kuntouttavien menetelmien vaikuttavuuden ikääntyvän fyysisen ja sosiaalisen elinympäristön vaatimuksia ja tarjoamaa tukea vastaavaksi. (Pitkälä ym. 2007, 3851–3856.)

Tässä työssä tutkitaan kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista ikääntyvien hoivayksiköissä, joita ovat kolme tehostetun palveluasumisen

yksikköä ja yksi palveluasumisen yksikkö sekä terveyskeskuksen vuodeosasto. Asiakkaat asuvat kaikissa palveluasumisen yksiköissä kunnan kanssa solmiman vuokrasuhteen perusteella, omissa kodeissaan. Näissä olosuhteissa toteutettavan hoitotyön voidaan mielestäni katsoa olevan sosiaali- ja terveysministeriön tarkoittamaa uutta, kehitteillä olevaa hoivapalvelumuotoa vastaavaa. Se on asiakkaiden tarpeisiin sovitettua, ympäri vuorokauden paikalla olevan henkilöstön toteuttamaa hoivaa, johon sisältyy mahdollisuus lääkäripalveluiden käyttöön tai konsultaatioon (STM 2008, 28). Sen perustana on toimintakyvyn perusteellinen arviointi ja ikääntyvän toimintakyvyssä sekä terveydentilassa tapahtuvien muutosten nopea huomiointi (STM 2008, 27).

2.3.2 Edistävät ja ehkäisevät tekijät

Kuntoutumista edistävän työotteen toteuttaminen hoitotyössä edellyttää hoitajalta oman asenteensa tunnistamista ikääntynyttä kuntoutujaa kohtaan. Ammatillisuuden ja asenteen kautta sitoudutaan toimimaan ja tekemään päätöksiä, joilla kannustetaan ja tuetaan ikääntyvää mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Sitoutuminen hoitajan näkökulmasta on sekä yksilöllistä että yhteisöllistä, tavoitteellista yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaista toimintaa, jossa koulutuksen kautta saatu teoretieto sovelletaan käytännön hoitotyöhön. (Kelhä 2006, 14–16.)

Hoitotieteen hyödyllisyyden sisäistäminen, taito hyödyntää oikea-aikaiseen toimintakyvyn mittaukseen perustuvia tietoja hoidon suunnittelussa ja ohjaustilanteissa, kuntoutumista edistävän työotteen käyttäminen hoitosuhteen alusta asti, sekä ikääntyvän oman näkökulman huomioiminen päätöksen teossa ovat omatoimisuutta ja voimavaroja huomioivia kuntoutumista edistävän työotteen mukaisia toimintatapoja. (Turja–Routasalo–Arve 2006, 6–7.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön menetelmien toteutumista edistäviä tekijöitä aiempien tutkimusten mukaan ovat hoitajien mahdollisuus täydennyskoulutukseen, toimiva työyhteisö, henkilökunnan avoimuus, sitoutuminen toimintaan, hyvä työilmapiiri (Kelhä 2006, 58; Pakkonen–Salminen–Hupli 2010, 31, 33–34), rutiinien vähäisyys ja yksilöllisyyden huomioiminen sekä omahoitajajärjestelmä (Kelhä 2006, 60–

61). Yhdenmukaisia toimintatapoja noudattamalla ikääntyvä kokee kaikki hoitajat samanarvoisina ja tasavertaisina, eivätkä hoitajat koe tulevansa luokitelluiksi hyviin ja huonoihin hoitajiin sen perusteella, kuinka paljon tekevät asioita ikääntyvän puolesta. (Turja ym. 2006, 6).

Kelhän (2006) tutkimuksen mukaan kuntoutumista edistävän työotteen käyttämistä hoitotyössä estävät tiedon puute, hoitajien asenne, moniammatillisen työryhmän toimimattomuus, kiire, hoitajien vaihtuminen ja sairauslomien, yhteisen keskustelun ja yhtenäisen käytännön puute (Kelhä 2006, 58.) Myös Turja ym. (2006) toteavat tutkimustuloksissaan hoitajien kokeman kiireen ja arvostuksen puutteen, sekä hoitajien vaihtuvuuden vaikeuttavan kuntoutumista edistävän työotteen mukaista toimintaa. Ongelmia aiheuttaa myös tavoitteiden epäselvä ja ongelmalähtöinen kirjaaminen, sekä sovittujen toimintakykykymittareiden käyttö vain osittain tai täydellinen käyttämättömyys. Vastuun keskittyminen vain muutamalle hoitajalle ja huono tiedonkulku estävät muita hoitajia toteuttamasta kuntoutumista edistävää työtä. Lisäksi sijaisten ja uusien hoitajien koetaan sisäistävän heikosti kuntoutumista edistävän työotteen periaatteet. (Turja ym. 2006, 6.) Resurssien rajallisuus aiheuttaa kiirettä ja kiireessä yhteisesti sovitut toimintalinjat eivät pidä vaan hoitaja tekee ikääntyvän puolesta huomioimatta ikääntyvän toimintakykyä suoriutua omatoimisesti (Kelhä 2006, 59–60).

Kuntoutumista edistävän työotteen mukaista toimintaa parantaa hoitajan oman työn arviointia ja sen avulla tulee esiin myös mahdolliset kehittämiskohteet. Palautteen saaminen sekä esimieheltä että muilta hoitajilta sitä pyydetessä koetaan kuntoutumista edistävää työtä parantavaksi tekijäksi. Kuntoutumista edistävän työotteen ylläpitäminen tarvitsee tukea esimieheltä selkeän suunnitelman lisäksi, vastuuhenkilön nimeäminen, jatkuva koulutus ja sijaisten sekä uusien hoitajien huolellinen perehdyttäminen ovat myös onnistuneen toiminnan edellytyksiä. (Turja ym. 2006, 8.) Yhtenäisen käytännön luominen on hoitajille tasapuolista ja ikääntyvälle se mahdollistaa selkeät, hoitajasta riippumattomat, ennalta tiedossa olevat toimintatavat. (Kelhä 2006, 59–60).

3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

3.1 Hoitotyö

Hoitotyön perustana on hoitotieteellinen tieto, jonka tavoitteena on ihmisen hoitaminen psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, ottaen huomioon ihmisen ainutkertaisuuden ja asiantuntijuuden omassa hyvinvoinnissaan. Lähtökohtana on holistinen näkemys, jossa hoitaja ei keskity ainoastaan sairauden oireiden hoitamiseen, vaan suunnittelee hoitoa yhdessä asiakkaan kanssa huomioiden hänen elämänsä kokonaistilanteen ja voimavarat. (Roper–Logan–Tierney 1992, 73; Rintala 2010.)

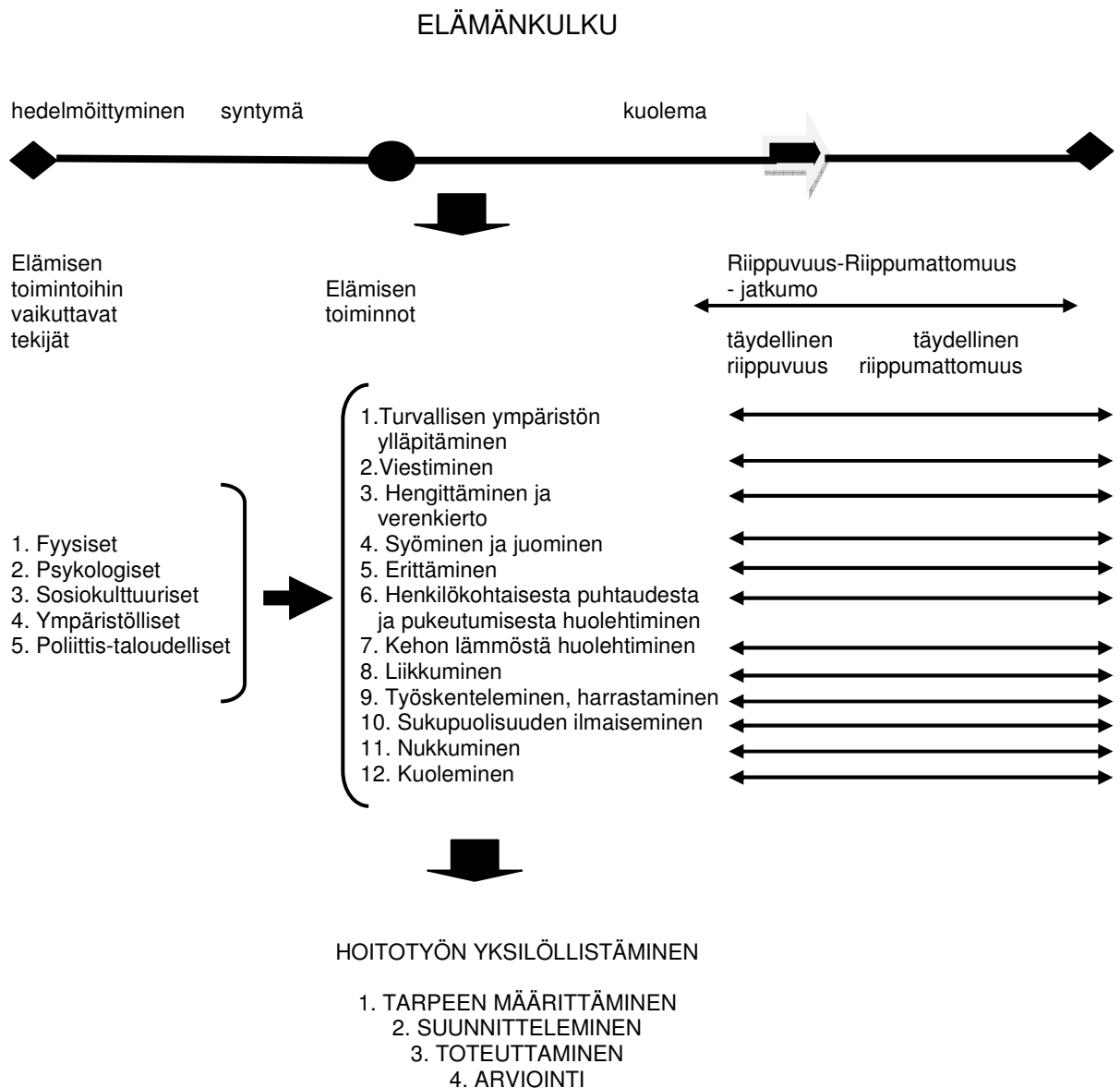
Hoitotyö on terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä, asiakkaan ohjausta ja neuvontaa sekä sairauksien hoitamista silloin, kun ihminen ei itse pysty hoitamaan itseään. Menetelminä hoitotyössä käytetään tukemista, auttamista, ohjaamista sekä erilaisia toimintakyvyn ja kykenevyyden palauttamiseen ja ylläpitämiseen suuntaavien toimenpiteiden toteuttamista. (Roper ym. 1992, 74–75; Rintala 2010.) Asiakaslähtöisesti toteutettavan hyvän hoidon mahdollistamiseksi tarvitaan tieto asiakkaan kokemuksesta ja tavoitteesta hyvän palvelun ja hoidon suhteen. Tässä apuna on palvelu- ja hoitosuunnitelma, ikääntyvän asiakkaan yksilöllinen suunnitelma kuntoutuksesta, hoidon ja hoivan tarpeista, omien voimavarojen ja toimintakyvyn huomioimisesta sekä tarvittavista ennalta ehkäisevistä hoitotyön ja palvelun tarpeista. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on työväline koko työyksikölle, niin hoitotyöntekijälle kuin palveluja ja toteutusta suunnittelevalle esimiehelle. Sen käyttökelpoisuus tulee esiin myös palvelun ja hoidon tarpeen seurannassa ja arvioinnissa. (Päivärinta–Haverinen 2002, 35, 40–41, 45.)

Laadukkaasti suunniteltuun ja toteutettuun kotihoitoon sisältyy tarvittava lääketieteellinen hoito, gerontologinen hoitotyö, hoiva ja kodinhoidolliset työt, fysio- ja toimintaterapian sekä sosiaalityön ohella (Tepponen 2007, 62). Mielenkiintoisen näkökulman asiaan antaa Ikäntymisraportin (2009) tulokset, joiden mukaan viidennes kotihoidon piirissä olevista on sitä mieltä, ettei saa riittävästi apua ja osa kotona asuvista ikääntyneistä kokee jääneensä täysin ilman minkäänlaista apua (Ikäntymisraportti 2009, 183).

Hoitotieteen kehittymisen ohella on gerontologisen hoitotyön tutkimuksen avulla saatu tietoa vanhenemisprosesseista ja sen myötä pystytty ratkaisemaan monenlaisia ikääntymiseen liittyviä ongelmia. Omaksi erityisalueeksi gerontologinen hoitotyö tuli virallisesti vuonna 1966, geriatriksen lääketieteen erikoisalan rinnalle. Vuonna 1999 Oulun yliopistossa väitelleen Hanna Hyttisen ensimmäisessä suomalaisessa gerontologian alan väitöskirjassa ” Gerontologisen hoitotyön perusta”, esitetään gerontologisen hoitotyön perustuvan monitieteiseen tietoon, jota toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä ikääntyvän, hänen omaistensa ja vapaaehtoistahon kanssa, käyttäen hoitotyön menetelmiä ikääntyvän terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. (Heikkinen, R 2003, 363–364.)

Heikkisen (2003) mukaan vanhenemismuutokset ovat väistämättömiä ja palautumattomia, ne ilmenevät kaikilla ja aiheuttavat vähintäänkin lievää toimintakyvyn laskua. (Heikkinen, E 2003, 331–332). Asiakkaan tutun elämäntavan säilymisen perustana on yksilöllisyyden huomioiminen hoitotyössä, normaalin elämisen ja hoitotyön yhdistäminen, Roper–Logan–Tiernyn elämisen malliin perustuva hoitotyön malli on tästä esimerkkinä. (Kuvio 1.) Siinä asiakkaan elämisen 12 toimintoon perustuen hoitotyö suunnitellaan yksilöllisesti, huomioiden elämisen toimintoihin vaikuttavat tekijät, elämänkulku sekä riippuvuus–riippumattomuus -jatkumo. Jatkumolla tarkoitetaan elämänkulun vaihteita, joissa ihminen ei vielä tai ei enää pysty suorittamaan kaikkia elämisen toimintoja riippumattomasti sekä elämisen toimintojen keskinäistä vaikutusta toinen toisiinsa. (Roper ym. 1992, 76, 79–82.)

Roper ym.(1992) pyrkivät tämän elämisen toimintoihin perustuvan mallinsa avulla antamaan viitekehyksen hoitotyön tekijöille eri ammattiryhmien välisen yhteistyön merkityksellisyyden ymmärtämiseen. Mallin tavoitteena on myös johdatella hoitotyön opiskelijat huomaamaan teorian ja käytännön yhdistämisen tärkeys oman ammatillisen identiteetin ja ajattelutavan muodostamiseksi toteuttamaansa hoitotyöhön niin opiskeluaikana kun ammattiin valmistuneena hoitajanakin. (Roper ym.1992, 73–74.)



Kuvio 1. Hoitotyön malli. (Roper–Logan–Tierney 1992.)

Pystyäkseen toteuttamaan gerontologista hoitotyötä on osattava hyödyntää uusinta tutkimustietoa, hallittava tieto vanhenemisprosessin myötä tapahtuvista muutoksista psyykkisissä, sosiaalisissa ja fyysisissä tekijöissä sekä muutoksista seuraavat vaikutukset ikääntyneelle. Tarpeellisten ympäristön muutosten havaitseminen ja toteuttaminen vastaamaan ikääntyneen muuttuvia tarpeita ja toiminta moniammatillisen työryhmän jäsenenä, osallistuminen gerontologisen hoitotyön kehittämiseen omalla aktiivisella tutkimustiedon seuraamisella ovat osa gerontologista hoitotyötä tekevän hoitajan ammattipätevyyttä. Gerontologinen hoitotyö on myös, kuten hoitotyö yleisesti, kykyä siirtää omia taitojaan ja tietojaan muiden hyödynnettäväksi. (Heikkinen, R 2003, 365.)

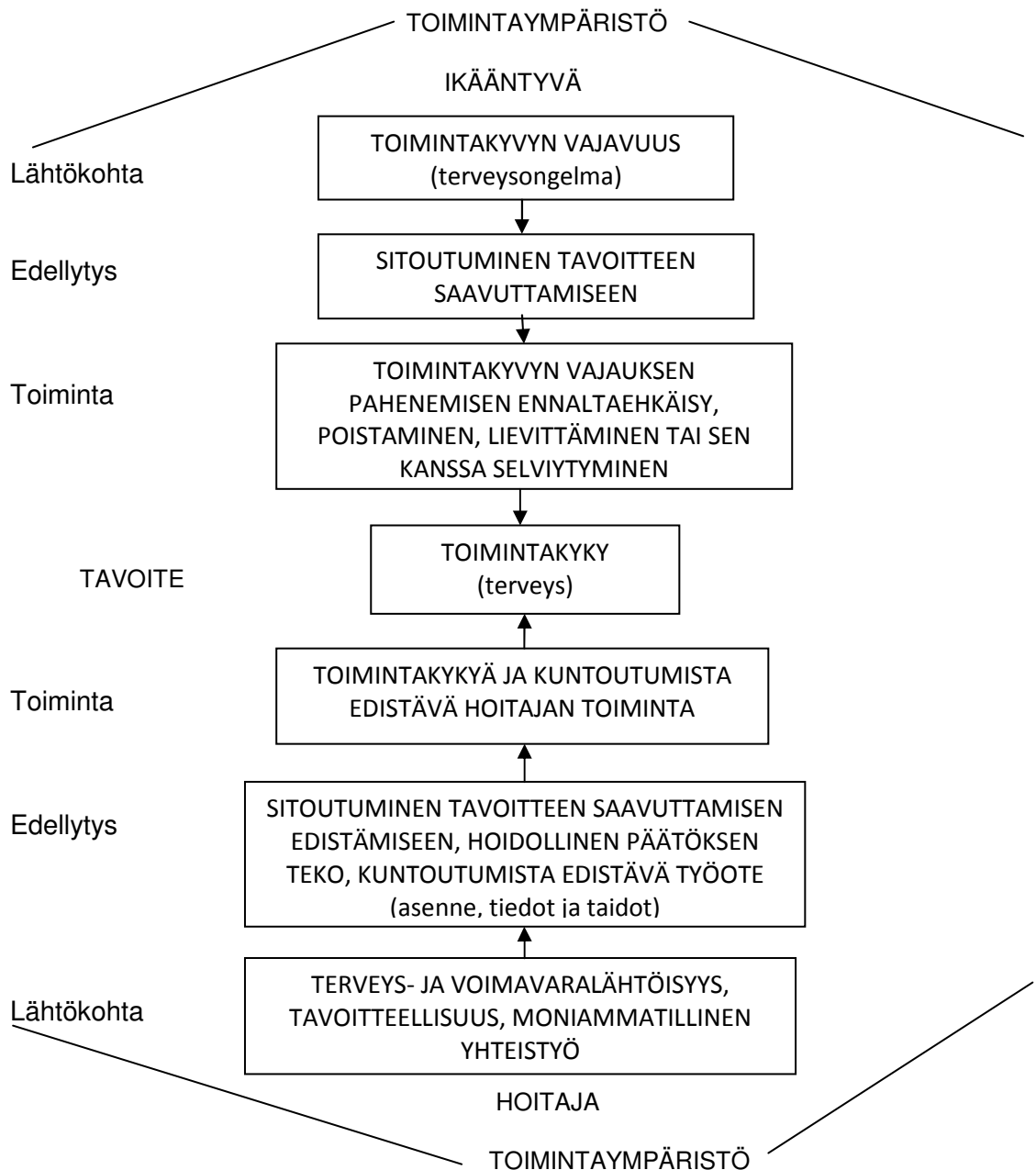
Tässä tutkimuksessa hoitotyöllä tarkoitetaan hoivayksikön asiakkaisiin, ikävuosista riippumatta, kohdistuvaa hoitotyötä. Ikääntymisen myötä tulleista erilaisista sairauksista ja terveysongelmista tai ikääntymisestä biologisena prosessina johtuen he tarvitsevat terveydenhuollon hoivayksiköissä toteutettavia palveluja eli hoitotyötä, johon sisältyy gerontologisen hoitotyön erityispiirteitä. Käsitteitä hoitotyö ja gerontologinen hoitotyö käytetään tässä työssä rinnakkain.

3.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön malli

Kirjallisuudessa ilmenevä hoitotyön ja hoitajan roolin selkiytymättömyys kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamisessa aiheutti kehittämistarpeen, johon osaltaan vastaa Routasalon ja Laurin (2001) läkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (kuvio 2.), joka on muodostettu kirjallisuuden, hoitotieteen ja hoitotyön lähtökohdista. Kyseessä on ennalta ehkäisevästä toiminnasta alkava muutosprosessi, jossa hoitaja tunnistaa omat asenteensa ja kykenee kohtaamaan ja toimimaan ikääntyvän kanssa ammatilliseen tietoon perustuvien hoitotyön menetelmien avulla ja vuorovaikutuksen keinoin kannustaa ikääntyvää saavuttamaan yhdessä asetetut tavoitteet tukemalla jäljellä olevien voimavarojen käyttöä. (Routasalo–Lauri 2001, 211, 213.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö koetaan vaativana ja palkitsevana. Se mahdollistaa ammatillisen tiedon ja taidon käyttämisen päivittäisessä hoitotyössä. (Routasalo 2002, 259–260.) Tuettaessa ikääntyvän itsemääräämisoikeutta mahdollistetaan samalla hänen oma kokemuksensa elämän mielekkyyden jatkumisesta, asiakaslähtöinen, omaa itsenäistä selviytymistään tukeva hoitotyön tapa edistää kuntoutumista ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Hoitotyö itsessään on kuntoutumista edistävä tekijä, ei ainoastaan sen mahdollistaja. Tavoitteet ovat yksilölliset ja niiden saavuttaminen perustuu sitoutumiseen, ikääntyvän omaan motivaatioon ja sen vahvistamiseen, sekä uskoon omien kykyjen riittävydestä. Tärkeää on hoitajien ja omaisten lisäksi myös moniammatillisesti annettu kannustus ja emotionaalinen tuki sekä väsymyksen, kivun ja heikentyneen liikkumisen aiheuttamien pelkojen motivaatiota alentavien vaikutusten vähentämiseen.

Ikääntyvän motivaatiota lisää positiivisten tuntemuksien mahdollistaminen ja huumorin käyttäminen kannustamisen keinoina. (Routasalo ym. 2001, 211; Resnick 1996, 41–45.)



Kuvio 2. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (Routasalo–Lauri 2001).

Terveyttä voidaan tarkastella ja määritellä eri tavoin, Routasalon ja Laurin mallissa kuntoutumista edistävässä hoitotyössä terveydellä tarkoitetaan ikääntyvän yksilöllistä kokemusta ja sen perusteella terveyslähtöisyys tarkoittaa ikääntyvän toimintakyvyn tukemista jäljellä olevien voimavarojen perusteella. Iäkkäiden subjektiivinen arvio omasta toimintakyvystään on

vallitsevaa terveydentilaa objektiivisesti arvioitua parempi, hoitajan toiminnan kautta käsitys ikääntyvän terveydestä ja toimintakyvystä välittyy ikääntyvälle. (Routasalo ym. 2001, 209.) Muutos terveydentilassa, kuten fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, saa aikaan avuttomuuden tunteen ja itseluottamuksen vähenemisen, josta on seurauksena motivaation puute ja omatoimisen yrittämisen sekä toivon ylläpitämisen menettäminen. Ikääntyvän elämänhistorian tuntemuksella kykenee hoitaja selvittämään ne alueet, joita vahvistamalla hän voi edesauttaa kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamista ja siten tuottaa mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia ikääntyvälle, hänelle merkityksellisiltä elämänalueilta. (Routasalo ym. 2001, 211.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön ympäristön tunnusmerkkejä ovat fyysinen esteettömyys eli riittävästi tilaa liikkua ja käyttää apuvälineitä sekä esteettisyys, turvallisuuden tunne ja toimivat sosiaaliset suhteet. Kuntoutumista edistävä työote antaa sisällön kuntoutumista edistävälle hoitotyölle, tehtyjen päätösten pohjana on terveys- ja toimintakykylähtöisyyden ohella suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja moniammatillinen yhteistyö sekä kaikkien osapuolien sitoutuminen toteutukseen. (Routasalo 2001, 213.)

Kuntoutumista edistävän työotteen toteuttaminen voidaan kuvata seitsenosaisena prosessina, hoitajan on tunnistettava ikääntymiseen ja ikääntyneiden kuntoutumista edistävään hoitotyöhön liittyvät omat ennakoasenteensa (1), selvitettävä ikääntyneen suhtautuminen kuntoutumisen edistämiseen sekä ikääntyneen oma käsitys ja kokemus laadukkaasta elämästä (2), hahmottaa fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön suomat mahdollisuudet (3), suunnitella saavutettavissa olevat tavoitteet yhteistyössä (4), kirjata tavoitteet (5), arvioitava säännöllisesti sekä omaa toimintaansa hoitajana että ikääntyvän toimintaa tavoitteiden saavuttamiseksi (6) ja arvioitava säännöllisesti kirjattuja ja saavutettuja tavoitteita (7). Omahoitajan perehtyneisyyden pohjalta edellä olevasta vaiheittaisesta prosessista hyöty on suurin sekä ikääntyvälle että hoitajalle, hoitotyön päätöksenteon ja vastuunjaon selkeytymisen kautta kuntoutumista edistävän työotteen toteuttaminen on suunniteltua ja toimivaa, kirjaamalla järjestelmällisesti sen toteutumista helpottuu sekä toiminnan ja saavutettujen

tavoitteiden arviointi että kuntoutumista edistävän työotteen jatkuva kehittäminen. (Routasalo 2001, 213.)

lakkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli on kirjallisuuden perusteella kehitetty ja sen tarkoituksena oli käytännöllisyys. Toimivuutta on tarkasteltu Turjan, Routasalon ja Arven (2006) toimintatutkimuksessa, jonka aikana kehitettiin kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Tarkoituksena oli tehdä selvitys hoitajien arvioinnista oman toiminnan muotoutumisesta vakiintuneeksi toimintamalliksi vuoden aikana (Turja–Routasalo–Arve 2006, 4.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että kuntoutumista edistävä hoitotyön mallin mukaan sekä ikääntyvä että hoitaja ovat kuntoutumisprosessissa toimivia subjekteja. Toiminta perustuu terveys- ja toimintakykylähtöisyyteen eli ikääntyvän subjektiiviseen arvioon omasta terveydestä ja toimintakyvystä, jonka pohjalta hoitaja toimii osana moniammatillista yhteistyötä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Lähtökohtana on jäljellä olevien voimavarojen selvittäminen ja niiden tukeminen. Terveys- ja toimintakykylähtöisyyden turvaamiseksi ikääntyvän omatoimista suoriutumista päivittäisistä toiminnoista on arvioitava soveltuvien toimintakykymittareiden avulla. Hoitajien toimintatavat muodostuivat yhtenäisiksi ikääntyvän toimintakyky- ja terveyslähtöisyyden arvioinnin paranemisen myötä. (Turja ym. 2006, 4–5.) Kipumittarilla saadaan tietoon ikääntyvän kokemus kivun määrästä ja keskustelemalla hänen oma motivaationsa sitoutua prosessiin. Lisäksi hyvä olisi selvittää ikääntyvän kaatumisen pelon määrä sekä mahdollisen masennuksen olemassa olo esimerkiksi DEPS-mittarilla ja kognitiivinen toimintakyky MMSE-mittarin avulla. (Turja ym. 2006, 5; Routasalo–Arve–Aarnio–Saarinen 2003, 26–27.)

Turjan ym. (2006) tutkimustulosten mukaan hoitotyön konkreettiset tavoitteet määriteltiin keskustelun ja toimintakykymittareiden tulosten perusteella (Turja ym. 2006, 5). Tavoitteiden on oltava selkeät ja ne tulee määritellä yksilöllisesti yhdessä ikääntyvän ja muiden prosessiin osallistuvien ammattihenkilöiden kanssa. Samassa yhteydessä on valittava ikääntyvän omatoimisuuttaan eniten edistävät hoitotyön toiminnot, jotka tavoitteiden

kanssa kirjataan hoitosuunnitelmaan. Suunnitelmallista tavoitteisiin pyrkimistä ja tavoitteiden toteutumista pitää arvioida päivittäin. Oleellisempaa on arvioida ja kirjata ne asiat, mihin ikääntyvä kykenee ja minkälaista tukea tai apuvälineitä hän tarvitsee, kuin se mihin hän ei kykene. (Routasalo ym. 2003, 27.)

Hoitotieteellisen näkökulman ja sitoutumisen kuntoutumista edistävään toimintaan koettiin vahvistuvan hoitajilla Turjan ym. tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Samanlaisia kokemuksia havaittiin moniammatillisessa yhteistyössä erityisesti fysioterapeuttien kanssa (Turja ym. 2006, 5.) Edellytyksenä kuntoutumista edistävän työtteen onnistumiselle on ikääntyvän oman sitoutumisen lisäksi jokaisen hoitotyöhön osallistuvan hoitajan sitoutuminen tukemaan kaikessa toiminnassaan ikääntyvän omatoimisuutta motivoimalla yrittämään itse, tärkeämpää on tukea ikääntyvän omien voimavarojen ja toimintakyvyn käyttöä kuin tehdä asioita ikääntyvän puolesta. Lääketieteellisten diagnoosien sijaan hoitotyössä tehtävien päätösten tulee perustua objektiivisesti huomioituun, selkeään toimintakykyyn vaikuttavaan ongelmaan, jonka myös ikääntyvä itse kokee ongelmana. (Routasalo ym. 2003, 28.) Hoitaja osoittaa sitoutumistaan antamalla aikaa ikääntyvän omalle hitaalle suoriutumiselle, toimimalla yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaisesti myös silloin kun puolesta tekeminen olisi nopeampaa (Routasalo 2002, 261). Hoitotyön päätöksenteon pohjana hoitajalla on kokemuksensa lisäksi oma ammatillinen tietonsa ja sen jatkuva ajantasalla pitäminen. Tehtyjen päätösten on oltava myös eettisesti perusteltuja siten, että tieto, taito ja inhimillisyys yhdistyvät ikääntyvän ja hoitajan vuorovaikutteisessa kohtaamisessa. (Routasalo–Lauri 2001, 210–211.) Hoitajien kriittinen oman toiminnan arviointi sekä työtavan yhdenmukaistuminen näkyivät kuntoutumista edistävän työtteen toteutumisessa (Turja ym. 2006, 5).

4 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Posion perusturvan tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunnan suorittaman kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät eri yksiköissä. Vastauksia haetaan seuraaviin tutkimusongelmiin.

1. Miten kuntoutumista edistävä työote toteutuu eri hoivayksiköissä?
 - 2.1 Mitkä tekijät edistävät kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista?
 - 2.2 Mitkä tekijät ehkäisevät kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista?

Tuloksia hyödynnetään kuntoutumista edistävän työotteen vahvistamiseksi ja pysyvän toimintakulttuurin luomiseksi yksiköihin sekä hoitajien asiantuntijuuden kehittämiseksi osana moniammatillista toimintaa. Asiantuntijuutta kehittämällä on hoitajalla mahdollisuus edistää ja koordinoida kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista omahoitajan roolissa.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyvät oleellisesti sellaiset käsitteet kun tiedon operationalisointi ja strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroiden avulla, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä (Vilkkä 2007, 13, 17). Ennen aineiston keruuta on tutkittava asia operationalisoitava eli muutettava teoreettinen ja abstrakti asia arkiseen, ymmärrettävään muotoon. Lisäksi tutkittava asia on vakioitava siten, ettei vastaaja voi tulkita kysymystä tai vastausvaihtoehtoja kuin yhdellä tavalla. Puhutaan tiedon strukturoinnista. Tällainen tutkimusmenetelmä edellyttää yleispätevyyden ja olemassa olevan, viitekehyksenä toimivan teorian vahvistamisen tavoittelemista sekä strukturoidun aineiston keruumenetelmän käyttöä. (Vilkkä 2007, 14, 19; Kankkunen–Vehviläinen–Julkunen 2009, 46.) Objektiivisuudella tarkoitetaan tutkimustulosten riippumattomuutta, jolloin tutkijan persoonallisuudella ei ole vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tulosten yleistettävyys, joka käytännössä edellyttää mahdollisimman suurta vastaajajoukkoa, näin saadut tulokset voidaan esittää numeerisesti ja ne edustavat parhaiten keskiarvoa käsitystä tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2007, 16–17; Paunonen–Vehviläinen–Julkunen 1998, 20; Heikkilä 2008, 16.).

Oleellista on aikaisempien tutkimusten ja teorioiden perusteella tehty viitekehys ja tutkimuksen keskeisten käsitteiden määrittelemine ja muokkaaminen mitattavaan muotoon. Kun mitataan, täytyy olla myös mittari, jonka avulla sanallinen tieto muutetaan numeroiksi, käsitellään tilastollisen menetelmän avulla ja tutkija tulkitsee, selittää ja kuvaa eri muuttujien välisiä suhteita ja eroja. (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2009, 139–140; Vilkkä 2007, 14–15.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat tutkittavien asioiden välillä olevat kausaali- eli syy-seuraussuhteet, joiden perusteella voidaan loogisten ajatuskulkujen mukaan päätellä tutkimuksen kohteena olevan ilmiön todenmukaisuus objektiivisesti todennettavien faktojen perusteella eli oletuksena ollut tekijä, syy antaa selityksen asialle, seuraukselle. Tärkeää on

koko tutkimusprosessin hallinta ja kontrollointi, mittaamalla muuttujia, analysoimalla niitä tilastollisten menetelmien avulla, arvioimalla tulosten merkitsevyyttä ja tarkastelemalla muuttujien välisiä yhteyksiä, suhteita ja eroja. (Kankkunen ym. 2009, 46; Vilkkä 2007, 18; Paunonen ym. 1998, 20.)

Tutkijan valitessa kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, on tutkimuksen tavoitteena tarkentaa, selittää, uudistaa tai rakentaa jo olemassa olevia teorioita tai käsitteitä. Tämä näkyy tutkimusprosessin kulussa. Ensin tutkitaan aiempaa, aiheeseen liittyvää teoriatietoa, josta siirrytään käytäntöön, aineiston keruuseen kyselylomakkeella ja sen jälkeen palataan uudelleen teoriaan analysoiden ja tulkitsemalla tuloksia. (Vilkkä 2007, 25–26.) Tutkimussuunnitelman avulla tutkija esittää keskeiset tutkimusprosessin vaiheet ja kuvaa mitä tutkimuksella halutaan selvittää. Suunnitelmaan kirjataan myös miten tutkija aikoo tutkia, mikä on aineisto ja miten sen keruu on tarkoitus suorittaa. Saadun tutkimustiedon analysointi ja raportointi, sekä muut tutkimuksen toteuttamiseen ennakolta tiedossa olevien tekijöiden vaikutukset löytyy tutkimussuunnitelmasta. (Heikkilä 2008, 22; Hirsjärvi ym. 2009, 175–176.)

Aihevalinta ja toimeksiantajan toivomus kohderyhmän laajuudesta ohjasi tutkimusmenetelmän valintaani kvantitatiivisen tutkimuksen puoleen tutkimussuunnitelmaa tehdessäni. Toivomuksen mukaisesti kaikilla tutkimusajankohtana jossakin hoivayksikössä työssä olevilla tuli olla mahdollisuus täyttää kyselylomake. Tavoitteena oli tarkentaa jo olemassa olevan teoriatiedon käytännön toteutumista tässä tutkimusympäristössä, sekä tulosten yleistettävyyttä eli keskiverto käsityksen esille saaminen kuntoutumista edistävän työotteiden kehittämistyön tarpeisiin. Molempien tavoitteiden toteuttaminen edellytyksenä on mahdollisimman laaja vastaajajoukko ja kattavan strukturoidun kyselylomakkeen käyttö. Kiinnostus kuntoutumista edistävään työotteeseen on hoivayksiköissä ollut niin suuri, että tutkimuksen vastausprosentin odotettiin myös olevan korkea. Kvantitatiivisen tutkimuksen analysointimenetelmien avulla suuren aineiston käsittely on yksinkertaista ja luotettavaa.

5.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

5.2.1 Kohderyhmän valinta

Kohderyhmän eli perusjoukon muodostaa Posion perusturvan eri hoivayksiköissä, Suvanto, Rantala-koti, Tuulikannel ja Valmankoti sekä terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kotihoidossa työskentelevä hoitohenkilökunta, lukumäärältään 73 henkilöä. Kohderyhmään kuuluu niin vakituisessa työsuhteessa olevat kuin pitkä- ja lyhytaikaista sijaisuutta tekevät. Perusjoukkoon kuuluvien lukumäärän ollessa alle sata, määritellään se Vilkan mukaan niin pieneksi, että on kannattavaa suorittaa kokonaisotanta eli tutkimukseen osallistuu koko perusjoukko. Otos on perusjoukon osa, jonka tulisi edustaa perusjoukon sisältämiä ominaisuuksia todellisuutta vastaavassa suhteessa. Valinta tehdään esimerkiksi perusjoukon koon, tutkimuksen tavoitteiden ja resurssien perusteella, myös suunnitellut tilastolliset menetelmät vaikuttavat otoksen koon valintaan. (Vilka 2007, 56–57.)

Kohderyhmän valinta tässä tutkimuksessa perustuu Posion kunnan perusturvan toimeksiantoon. Toimeksiannon muotoutuminen on tapahtunut vuonna 2008 uudistetussa Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen pohjalta. Siinä todetaan varautumisen ikärakenteen muutokseen tarkoittavan erityisesti painotusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, henkilöstöön ja johtamiseen sekä asuin- ja hoitoympäristöihin kohdistuvien palveluiden laadun parantamista ja palvelurakenteiden kehittämistä. Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen hoitotyössä ikääntyvien hoivayksiköissä on osa jokaista edellä mainittua painopistealuetta.

Suosituksen mukaan myös Posion kunta on rakentanut ikäpoliittisen strategiansa huomioiden hallitusohjelman linjaukset ja ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet. Laatusuosituksen tavoitteena on tukea kuntien omista tarpeista ja voimavaroista lähtevää ikäihmisten palvelujen kehittämistä. Sen mukaan kunnan tulee laatia valtuuston hyväksymä ja talousarvioon ja –suunnitelmaan sidottu ikäpoliittinen strategia, jonka osana

on paikallisiin tarpeisiin pohjautuva resurssit huomioiva palvelurakenteen kehittämisohjelma.

5.2.2 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu

Mittarina kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeita (Vilka 2007, 14). Tässä tutkimuksessa käytetään strukturoitua kyselylomaketta, jonka avulla kerätään tutkimusaineisto jokaisessa hoivayksikössä. Kysymysten muoto lomakkeessa on standardoitu eli vakioitu. Standardoiminen tarkoittaa käytännössä kaikkien kysymysten vakioitua järjestystä ja sisältöä kaikkien vastaajien kohdalla (Vilka 2007, 28). Kyselylomake (liite 2) perustuu Routasalon ja Laurin (2001) iäkkään henkilön kuntoutumista edistävään hoitotyön malliin, joka kehitettiin kirjallisuuteen pohjautuen tavoitteena selkeyttää hoitajan roolia ja toimintaa kuntouttavan hoitotyön prosessissa. Tutkimus on jo iäkäs, mutta edelleen käytetty lähde uusissakin tutkimuksissa, muun muassa Vähäkankaan (2010) väitöskirjassa, jonka aiheena on kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Routasalon ja Laurin tutkimukseen liittyy Turjan, Routasalon ja Arven (2006) tekemä jatkotutkimus kuntoutumista edistävän hoitotyön vakiintumisesta hoitotyössä.

Aineiston analysointitapa on oltava selvillä jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, siksi on huolellisesti mietittävä tutkimusongelmien esittämistapaa ja täsmennettävä niitä aihetta käsittelevään kirjallisuuteen syventyen (Heikkilä 2008, 47). Samalla periaatteella ajatellen on kvantitatiivisessa tutkimuksessa tiedettävä täsmällisesti tutkimuksen kohde ja sen vuoksi kiinnitettävä erityisesti huomio kyselylomakkeessa käytettyjen teoreettisten käsitteiden ja teorioiden arkikielisyyteen ja mitattavuuteen eli operationalisointiin. Sen tarkoituksena on muuttaa käsitteet muotoon, jonka kaikki vastaajat ymmärtävät samalla tavalla, tutkimustulosten yleistettävyyden ja luotettavuuden takaamiseksi. (Vilka 2007, 36–37.) Tässä tutkimuksessa on Routasalon ja Laurin (2001) iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin keskeiset osa-alueet; terveys- ja toimintakykylähtöisyys, hoitotyön tavoitteellisuus, moniammatillinen yhteistyö,

hoitotyön orientaatio päätöksenteon pohjana, toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä työote ja sitoutuminen toimintakyvyn edistämiseen purettu arkikielelle ja sen jälkeen vakioitu kysymyksiksi, jotka vastaavat yksiköissä käytettyjä arkikielen käsitteitä. Tutkimuksen kohderyhmän tunteminen mahdollistaa käytettävien käsitteiden onnistuneen operationalisoinnin (Vilka 2007, 44).

Koska tämän tutkimuksen selvityksen kohteena on henkilön toimintaa ja mielipidettä koskevia asioita, muuttujia on Vilkan (2007) mukaan asenneasteikon käyttäminen perusteltua. Asenneasteikkojen hyötynä on määrällisesti suuren tietomäärän laittamista pieneen tilaan, mutta vastauksissa saattaa näkyä vastaajan pyrkimys loogisuuteen (Heikkilä 2008, 52–53). Tässä tutkimuksessa mittaaminen suoritetaan Likertin 5-portaisella asteikolla, jossa 1 täysin samaa mieltä, 2 joihin samaa mieltä, 3 en osaa sanoa, 4 joihin eri mieltä, 5 täysin eri mieltä. Vastaja valitsee asteikolta omaa mielipidettään vastaavan vaihtoehdon. Kysyttäviä riippumattomia muuttujia ovat työyksikkö, työkokemus, koulutus, ikä ja Posion kunnan järjestämän ”Kuntouttavan työotteen”-koulutuksen suorittaminen. Riippuvia muuttujia ovat kuntoutumista edistävän työotteen sisällön ymmärryksen, edistäviin ja ehkäiseviin tekijöihin sekä toteutumisen kokemukseen liittyvät tekijät ja hoitajan kokema omien kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamiseen liittyvien teoreettisen tietämyksen ja käytännön taitojen arviointi. Kyselylomakkeet esitettiin vastaavanlaisissa asumisyksiköissä työskentelevillä kuudella hoitotyöntekijällä toisella paikkakunnalla.

Aineiston keruu tapahtui käytännössä kussakin hoivayksikössä järjestetyn tiimipalaverin yhteydessä. Kaikilla tutkimusajankohtana jossakin hoivayksikössä työssä olevilla oli mahdollisuus täyttää kyselylomake. Yksikön henkilökunnalle selvitettiin ensin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä tulosten käyttötarkoitus ja toteuttamiseen liittyvät eettiset asiat. Tiimipalaverin jälkeen jätettiin kyselylomakkeet saatekirjeineen sekä palautuslaatikko kunkin hoivayksikön kansliaan. Palautusaikaa oli kaksi viikkoa.

5.2.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston keruu, käsittely, analysointi ja tulkinta ovat kvantitatiivisessa tutkimuksessa toisistaan erillisiä prosesseja (Vilkkä 2007, 106). Kyselylomakkeet tarkasteltiin visuaalisesti, jotta kaikki asiattomasti tai puutteellisesti täytetyt lomakkeet voidaan poistaa. Palautetuista kyselylomakkeista poistettiin yksi lomake, koska suurin osa vastauksista oli puutteellisia, eikä taustatietoja ollut lainkaan kirjattu. Muutamassa vastauksessa oli joitakin yksittäisiä kohtia jätetty vastaamatta, mutta kyselylomakkeet otettiin silti mukaan analyysiin.

Kyselylomakkeiden muuttujat syötettiin SPSS-ohjelmaan (Statistical Packade for Social Sciences). Aineisto eli havaintomatriisi tarkoittaa taulukkoa, jossa vaakarivillä on yhden kyselylomakkeen eli havaintoyksikön tiedot ja pystysarakkeessa on kirjattuna kaikkien vastaajien eli havaintoyksiköiden antamat vastaukset yhdestä kysytystä asiasta eli muuttujan havainnosta (Vilkkä 2007, 111; Heikkilä 2008, 123). Aineiston käsitteleminen oli helppoa, kun ohjelma tuli tutuksi, sillä kysytyjen muuttujien arvot oli tarkasti strukturoitu jo kyselylomakkeen laadintavaiheessa. Niiden toimivuus myös tarkistettiin testaamalla kyselylomake etukäteen ja saatujen arvioiden pohjalta tehtiin muutamia muutoksia lomakkeeseen.

Jokaisesta muuttujan havainnosta analysoitiin muuttujan arvo prosentteina tutkimukseen osallistuneiden määrästä sekä lukuarvona. Ristiintaulukoinnin avulla analysoidaan kahden muuttujan välisiä merkityksiä, jolla tarkoitetaan kahden muuttujan välistä vaikutusta toisiinsa (Vilkkä 2007, 129; Heikkilä 2008, 148, 150). Tässä tutkimuksessa ristiintaulukoitiin taustamuuttujiksi luokiteltuja työyksikön, työkokemuksen, ammatillisen koulutuksen, palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvien asioiden ja kuntoutumista edistävän työotteen sisällön, toteutumisen, sekä toteutumista edistävien ja ehkäisevien tekijöiden välistä vaikutusta toisiinsa.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analysoinnin tuloksia kuvataan lukuarvoina taulukoiden avulla, graafisesti kuvioiden avulla ja sanallisesti. Tutkimusongelmiin vastaamisen kannalta merkittävimmät tulokset esitetään

taulukoiden ja kuvioiden avulla. Sanallisesti on mahdollista kiinnittää lukijan huomio tuloksiin, joita tutkija esittää tekstiin sijoitetuissa kuviossa ja taulukoissa. (Vilkkä 2007, 135.) Tässä tutkimuksessa on taustamuuttujien analysoinnin tuloksia kuvattu sekä sanallisesti että kuvioilla ja taulukoilla.

5.3 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja pätevyys

Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa on tarkasteltava tutkimustoimintaa sinänsä sekä tutkimuksen taustalla olevaa tiedekäsitystä. Toisaalla siis on pohdittava tutkimusaineiston keräämiseen ja analysointiin, osallistuvien henkilöiden anonymiteetin säilymiseen sekä tulosten julkistamistapaan liittyviä käytännön eettisiä ongelmia ja samanaikaisesti huomioitava kaikkien tutkimuksessa tehtyjen valintojen olevan moraalisia ja eettisiä valintoja. (Tuomi–Sarajärvi 2002, 124–125.)

Kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä kyselylomakkeen muuttujat kirjataan havaintomatriisiin anonymisti eikä yksilön tunnistaminen ole siten mahdollista (Vilkkä 2007, 164). Tutkimusta tehtäessä on huomioitava sen eettisesti oikea toteutustapa tarkastelemalla siitä saatavan hyödyn ja haitan suhdetta, vastuu eettisyyden toteutumisesta on tutkimuksen johtajalla. Osallistumisen on oltava vapaaehtoista, eikä se saa vahingoittaa osallistujia millään tavoin, anonymiteetin on säilyttävä koko tutkimusprosessin ajan ja aineiston säilyttäminen ja hävittäminen on kuvattava kirjallisessa raportissa. Tutkijan on selkeästi rajattava ja kuvattava kirjallisessa raportissa tutkimusongelmat. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus tietää mihin tutkimuksella pyritään ja tutkimustulosten julkaiseminen suoritetaan avoimesti ja rehellisesti. (Paunonen ym. 1998, 26–32.)

Tässä tutkimuksessa osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui anonymisti. Tutkimus ei vahingoita osallistujia fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti, sillä kyselylomakkeesta ei voi saada selville vastaajan tunnistamiseksi tarvittavia tietoja. Saadut tulokset hyödyntävät yhtenäisen toimintakulttuurin luomista ja vahvistavat kuntoutumista edistävän työotteen vakiintumista. Sen avulla saadaan tietoa toteutumista estävistä ja

edistävistä tekijöistä, sekä mahdollisuuksista poistaa ja minimoida estäviä tekijöitä ja vahvistaa edistäviä tekijöitä.

Tutkimusta tehtäessä tavoitteena on luotettavuus saataviin tuloksiin, siksi tutkijan pyrkimys on ennakoida ja estää virheiden syntyminen. Luotettavuudella eli reliaabeliuksella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset eivät perustu sattumaan vaan ovat tutkijasta riippumattomia ja toistettavia eri tutkimuskerroilla. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Paunonen ym. 1998, 209.) Luotettavuutta on mahdollista tarkastella esimerkiksi tutkimuksen pätevyyden avulla (Kankkunen ym. 2009,152). Tässä tutkimuksessa luotettavuus perustuu strukturoidun kyselylomakkeen käyttöön. Samalla kyselylomakkeella tehtävä aineistonkeruu ja sen perusteella tapahtuva tulosten analysointi eri tutkijan tekemänä, kohderyhmän pysyessä ennallaan, antaisi vastaavanlaisen tuloksen (Paunonen ym. 1998, 209; Kankkunen ym. 2009, 154).

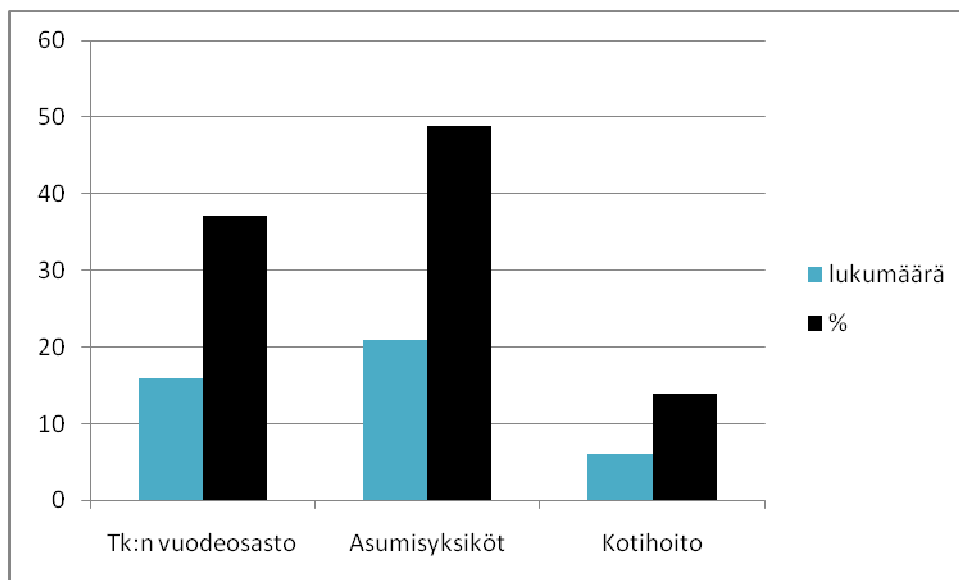
Tutkimuksen pätevyys eli validius osoittaa käytössä olleen mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata tutkittavaa asiaa (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen pätevyys esitestattiin kohderyhmää vastaavalla kuuden hoitotyöntekijän ryhmällä ja ilmenneet ongelmakohdat muotoiltiin uudelleen. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimuksen tulokset ovat seurausta tutkimusasetelmasta. Henkilöiden valikoituminen tutkimusvastaajaksi on tutkimuksen sisäistä validiteettia uhkaava tekijä. Ulkoinen validius tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. (Paunonen ym. 1998, 211; Kankkunen ym. 2009,152.) Tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyyden perustana on kyselylomakkeen rakentaminen tutkitun ja käytössä olevan kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin (Routasalo–Lauri 2001) pohjalta, jonka toimivuutta ja vakiintuvuutta (Turja ym. 2006) oli tutkittu.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustamuuttujien analysointi

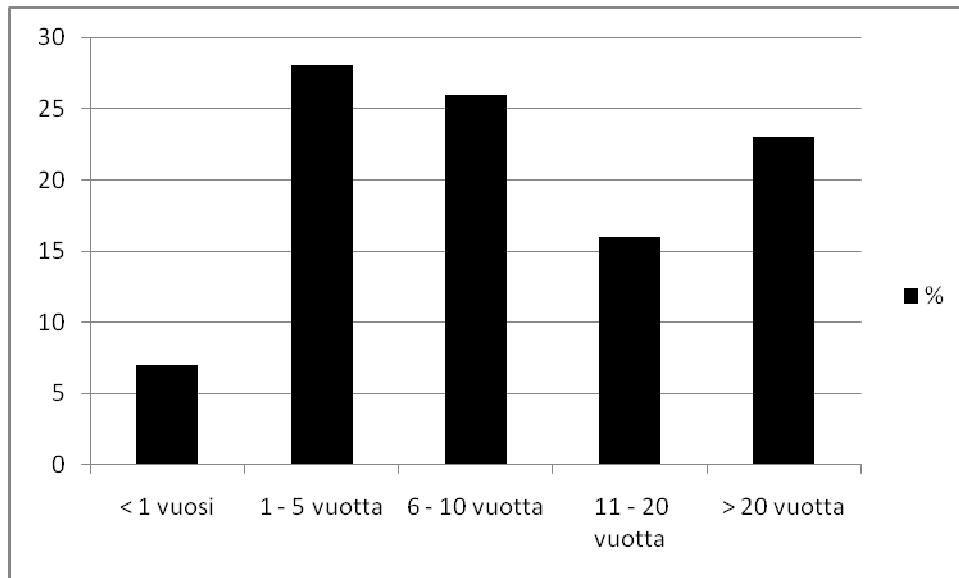
Taustamuuttujien määrällä pyrittiin saamaan riittävästi tietoa tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden säilymiseksi. Kysyttyjä taustamuuttujia olivat työyksikkö, työkokemus, työsuhteen muoto, ammatillinen koulutus, ikä sekä osallistuminen Posion perusturvan järjestämään Kuntouttavan työotteen koulutukseen talvella 2008–2009. Mainittuun koulutukseen ilmoitti osallistuneensa 40 % vastaajista.

Kyselylomakkeen palautti 43 henkilöä, 73 oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Vastausprosentiksi tässä tutkimuksessa tuli 59 (N=73) prosenttia. Tutkimukseen osallistuneiden jakauma työyksiköittäin on kuvattu kuviossa 3. Terveyskeskuksen vuodeosastolta vastauksia tuli 16 (n=16), asumisyksiköistä 21 (n=21) ja kotihoidosta kyselylomakkeen palautti 6 (n=6) hoitotyöntekijää. Vastaajista 81 % on vakituinen työsuhde ja 19 % lyhyt- tai pitkäaikainen sijaisuus. Vastaajista yli 80 % sijoittuu ikäryhmiin 35–50 vuotta (44 %) ja 51–63 vuotta (37 %).



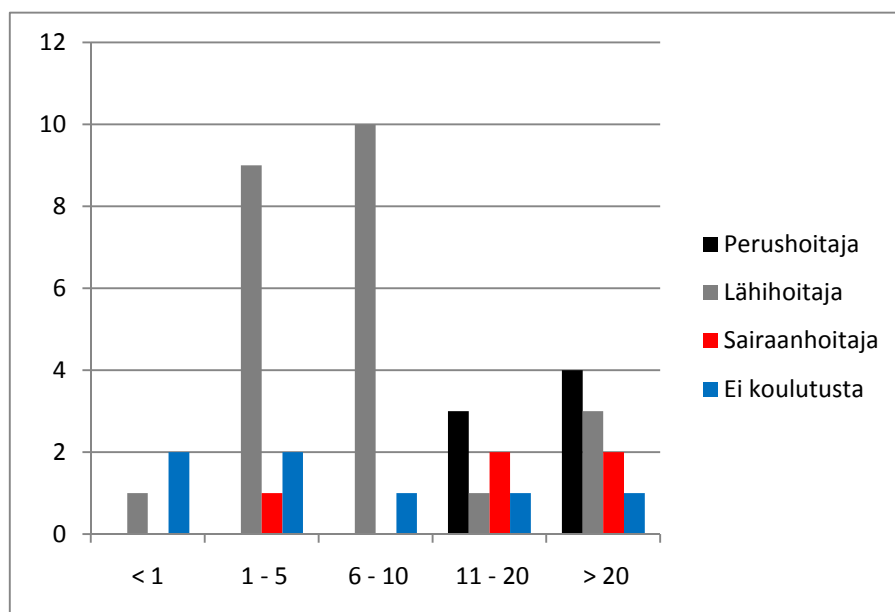
Kuvio 3. Palautettujen kyselylomakkeiden jakauma työyksiköittäin,
tk:n vuodeosasto n=16, asumisyksiköt n=20, kotihoito n=6

Alle 5 vuoden työkokemus on 35 % vastaajista ja yli 20 vuoden työkokemus löytyy 23 %. Hoitotyössä kertynyttä työkokemusta kuvataan kuviossa 4. Suurimmalla osalla vastaajista työkokemusta on yli 6 vuotta.



Kuvio 4. Vastaajien työkokemusvuodet hoitotyössä

Ammatilliseksi koulutukseksi 7 vastaajaa ilmoitti perushoitaja, lähihoitajia oli 24 vastaajista ja sairaanhoitajaksi on kouluttautunut 5. Vastaajista 7 on ilman hoitoalankoulutusta. Työkokemuksen ja ammatillisen koulutuksen välistä suhdetta kuvataan kuviossa 5, jossa pystyakseli kertoo kyseisen ammattiryhmän lukumäärään ja vaaka-akseli työkokemusvuodet.



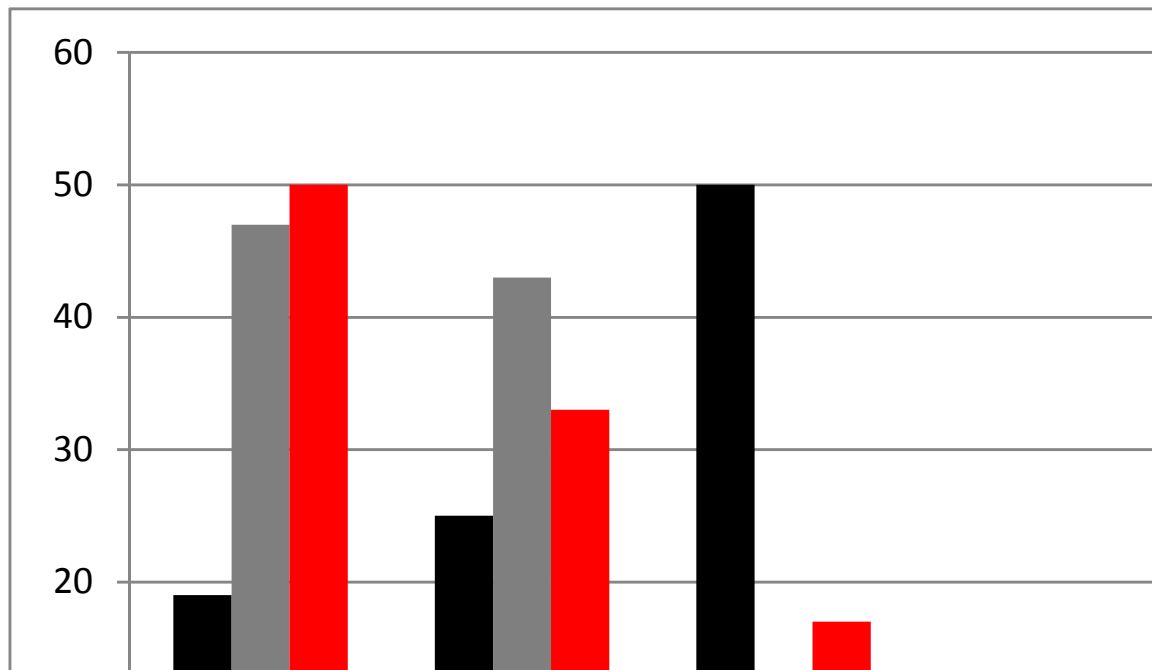
Kuvio 5. Työkokemusvuodet ammatillisen koulutuksen mukaan.

Suurimmalla osalla lähihoitajista työkokemusta on kertynyt 1 – 10 vuotta, perushoitajista kolmella työkokemusta on yli 11 vuotta ja neljällä yli 20 vuotta. Lähes kaikilla vastanneilla sairaanhoitajilla työkokemusta on yli 11 vuotta.

6.2 Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen

Kuntoutumista edistävän työotteen teoreettiset taidot koki kiitettäväksi 26 %, hyviksi 56 %, vastaajista 20 % koki teoriataitonsa tyydyttäväksi tai huonoiksi. Käytännöntaitoja kysyttäessä jakauma oli lähes sama, 18 % koki taitonsa tyydyttäväksi tai huonoiksi, 63 % koki ne hyviksi ja 19 % mielestä heillä on kiitettävät käytännön taidot kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamisessa.

Vastaajista 84 % ilmoitti, että heidän työyksikössään joko kaikilla tai osalla asukkaista / potilaista on palvelu- ja hoitosuunnitelma tehtynä ja 5 % vastaajista ei ollut asiasta tietoa. Kuntoutumista edistävän työotteen tavoitteet on kirjattu palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kokonaan tai osittain ilmoittaa 65 % vastaajista. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti 35 % mielestä ja 61 % on sitä mieltä, että toteutumista ei arvioida. Palvelu- ja hoitosuunnitelman käyttöä kysyttäessä kaikilta vastaajilta jakautuvat vastaukset melko tasaisesti, 37 % vastasi kyllä, 35 % mielestä joskus ja 23 % mielestä ei käytetä. Hoivayksiköittäin tarkasteltuna tulokset on kuvattu kuviossa 6.



Kuvio 6. Palvelu- ja hoitosuunnitelman käyttö päivittäisessä hoitotyössä hoivayksiköittäin

Kun vastaajilta tiedusteltiin 27 kysymyksen avulla heidän käsitystään kuntoutumista edistävän työotteen sisällöstä, vastaukset olivat hyvin samankaltaisia. Yksimielisyys vastaajien kesken vaihteli kysymyksestä riippuen 96 – 100 % välillä. Heidän mielestään se tarkoittaa toimintakyvyn palauttamista, heikkenemisen ennalta ehkäisemistä ja ylläpitämistä. Vastausten mukaan edellytyksenä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiselle on hoitajan aktiivinen rooli, hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky toimia ikääntyvien kanssa. Hoitaja tarvitsee myös hyvää psyykkistä kestävyyttä, pitkäjännitteisyyttä ja ongelmanratkaisutaitoja. Hyvät ammatilliset tiedot sekä asukkaan / potilaan että hoitajan sitoutuminen kuntoutumista edistävän työotteen käyttämiseen ja avoimuus työyhteisössä sisältävät kuntoutumista edistävään työotteeseen. Sen katsottiin olevan asukkaan / potilaan ohjaamista ja edellyttävän hänen omaa motivaatiota.

Pitkän työkokemuksen ei katsottu olevan edellytys kuntoutumista edistävälle työotteelle, sillä kukaan vastaajista ei ollut täysin samaa mieltä esitetyn väittämän kanssa. Vastaajista vain 30 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 68 % oli joko jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä työkokemuksen pituuden merkityksestä. Toisen selkeästi mielipiteitä jakavan väittämän mukaan kuntoutumista edistävä työote tarkoittaa niiden keinojen kirjaamista, joiden

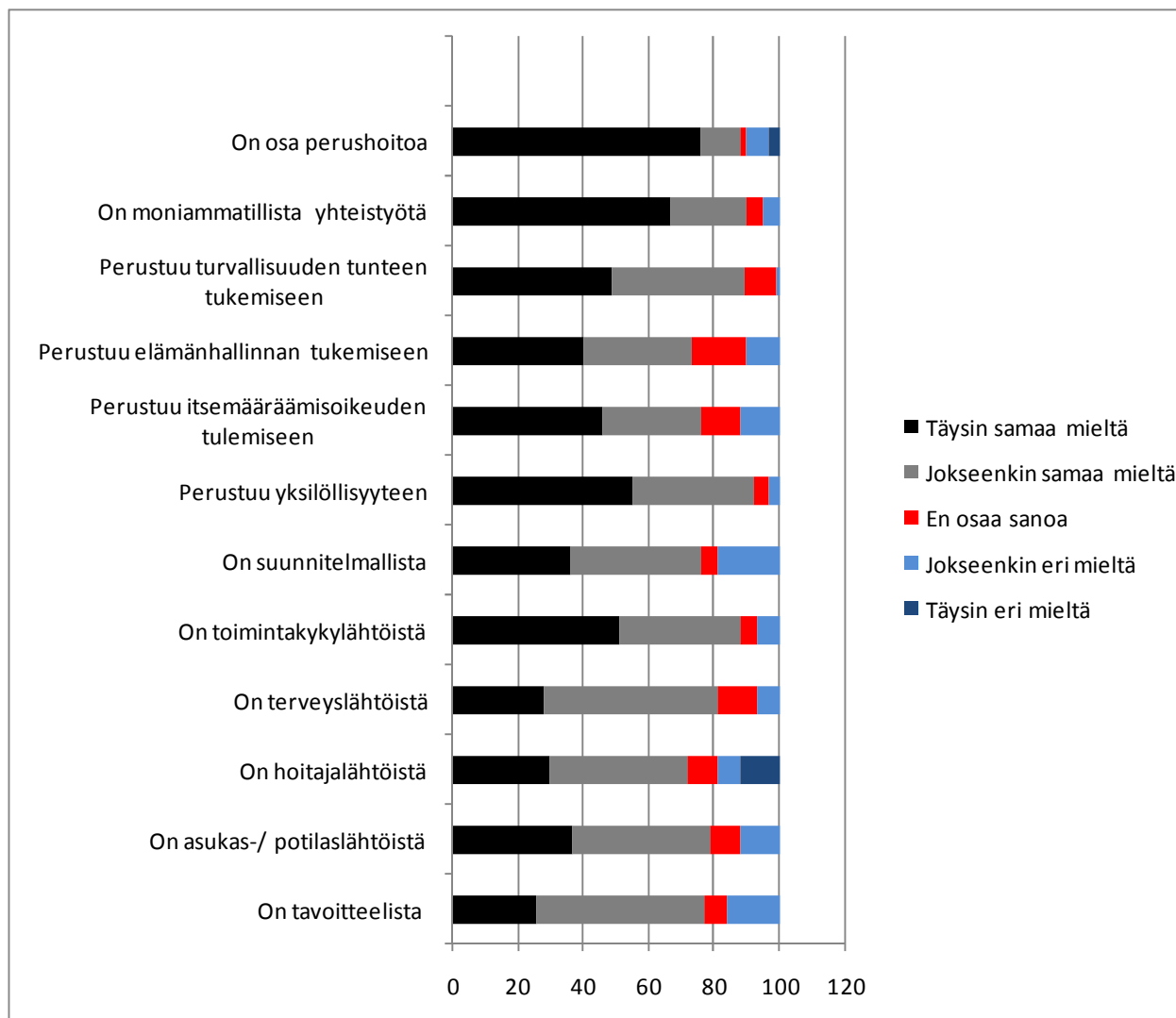
avulla hoitajat tukevat asukkaan / potilaan toimintakykyä. Taulukossa 2. on kuvattu vastausprosentteja niiden kysymysten osalta, joissa hajontaa oli havaittavissa.

Lääkityksen tarkistamisen, elämänhistorian tuntemisen sekä hoitajan suvaitsevaisuuden ja kyvyn ymmärtää erilaisia arvoja ei koettu kuuluvan kuntoutumista edistävään työotteeseen niin kiinteästi kuin huumorin käyttämisen tarvittaessa kannustamisen keinona. Vastaajista yli 50 % oli täysin samaa mieltä siitä, että kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen omassa työyksikössä oli osa jokapäiväistä perushoitoa, moniammatilliseksi yhteistyötä, perustuu yksilöllisyyteen ja on toimintakykylähtöistä toimintaa. Täysin tavoitteellisena ja suunnitelmallisena toimintana sen ei kokenut toteutuvan 74 % ja asukas- / potilas- ja terveyslähtöisenä toimintana sen ei kokenut toteutuvan 61 % vastanneista.

Taulukko 2.

Kuntoutumista edistävä työote	Täysin / jokseenkin samaa mieltä %	En osaa sanoa %	Täysin / jokseenkin eri mieltä %
edellyttää pitkää työkokemusta	30	2	68
tarkoittaa niiden keinojen kirjaamista, joiden avulla hoitajat tukevat asukkaan/potilaan toimintakykyä	86	12	2
vaatii lääkityksen seuranta, tarkistamista ja vaikutusten arviointia	90	5	5
vaatii asukkaan /potilaan elämänhistorian tuntemista	86	9	5
edellyttää asukkaan/potilaan aktiivista roolia	93	2	5
on tiedon ja tuen antamista asukkaalle/potilaalle	95	5	0
on hoitajan suvaitsevaisuutta ja kykyä ymmärtää erilaisia arvoja	91	7	2
edellyttää hoitajalta hyvää fyysistä kuntoa	63	9	28

Tavoitteellisimmin ja suunnitelmallisimmin toteutuvaksi kuntoutumista edistävän työote koettiin palveluasumisenyksiköissä, kun taas terveyslähtöisimmin toteutuvaksi se koettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Palveluasumisenyksiköissä se koettiin myös eniten hoitajalähtöiseksi toiminnaksi. Kaikissa hoivayksiköissä kuntoutumista edistävän työotteen koettiin toteutuvan elämänhallinnan tunnetta tukevana. Kuviossa 7. on kuvattu kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista yleisesti hoivayksiköissä. Vastauksia on mahdollista analysoida myös hoivayksiköittäin, mutta yksittäiset tulokset eivät ole merkitseviä tämän tutkimuksen tutkimusongelmaan vastattaessa. Hoivayksikkökohtaiset tulokset tullaan esittämään yksiköiden omissa tiimipalavereissa samassa yhteydessä kuin tässä esitetyt yleiset tuloksetkin.

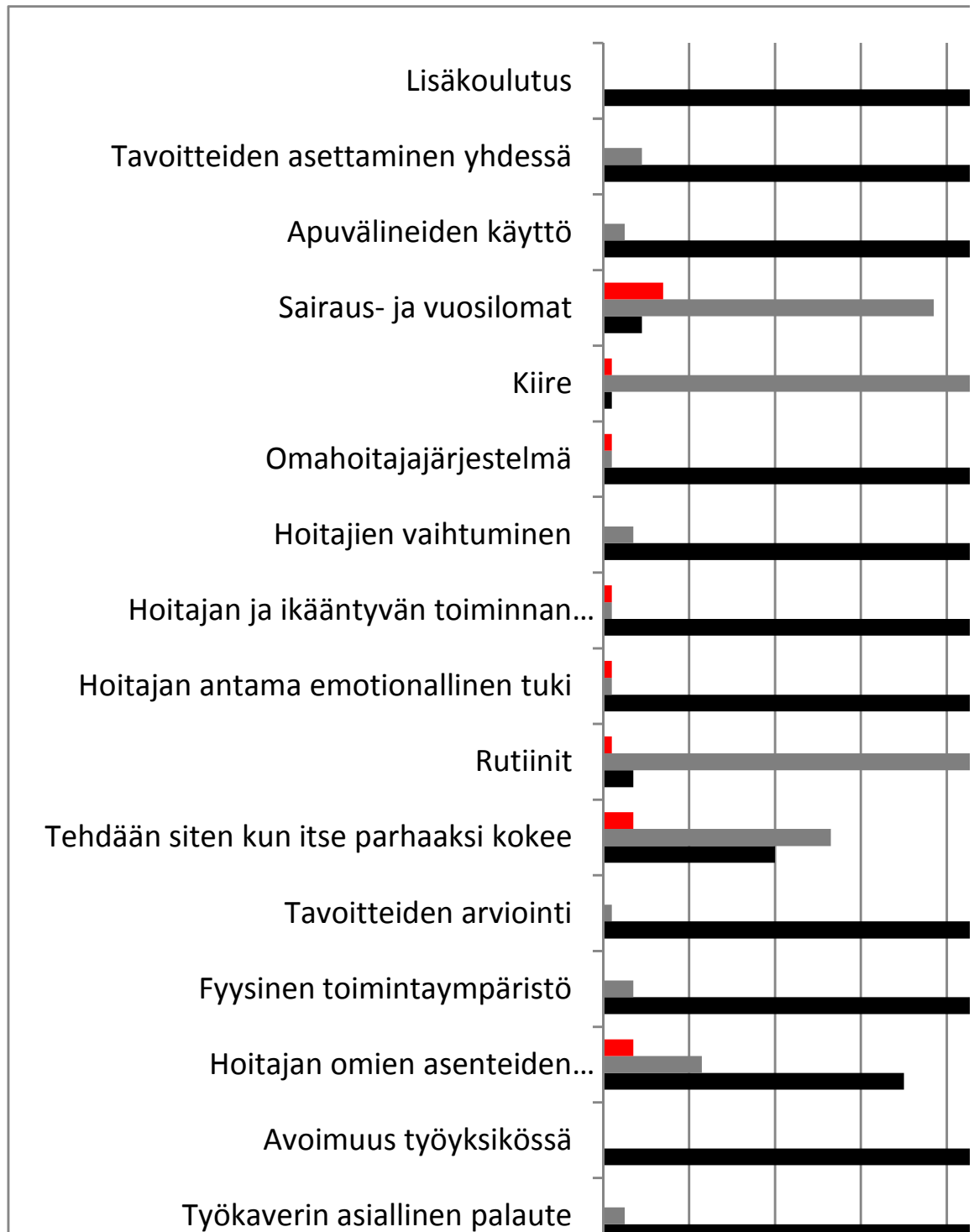


Kuvio 7. Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen hoivayksiköissä prosentteina

6.3 Kuntoutumista edistävää työtä edistävät ja ehkäisevät tekijät

Tässä tutkimuksessa kuntoutumista edistävän työtteen toteutumiseen edistävästi tai ehkäisevästi vaikuttavia tekijöitä kysyttiin 22 kysymyksellä. Vastajan tehtävänä oli valita edistääkö vai ehkäiseekö kysytty asia kuntoutumista edistävän työtteen toteutumista. Kaikkiin kysymyksiin ei vastattu. Eniten vastaamatta jätettiin kysymykseen edistääkö vai ehkäiseekö hoitajien sairaus- ja vuosilomat kuntoutumista edistävän työtteen toteutumista. Ehkäiseväksi tekijäksi sen tulkitse suurin osa vastanneista, mutta voidaan ajatella vuosilomien olevan myös edistävä tekijä. Loman jälkeen virkistyneenä jaksaa paremmin toteuttaa kuntoutumista edistävää työtä.

Omahoitajuus koettiin selkeästi edistäväksi tekijäksi, samoin apuvälineiden käyttö sekä avoimuus ja keskustelu työyksikössä. Vastajista 5 % koki työkaverin antaman asiallisen palautteen ehkäisevän kuntoutumista edistävän työtteen toteutumista, mutta 95 % mielestä se oli edistävä tekijä. Tavoitteiden asettaminen yhdessä asukkaan/ potilaan ja fysioterapeutin kanssa sekä hoitajan ja asukkaan/ potilaan toiminnan arviointi kuuluivat vastaajien mukaan edistäviin tekijöihin. Myös lähiesimiehen osoittama kiinnostus ja tuki koettiin 98 % edistäväksi tekijäksi, vain yksi vastanneista koki sen ehkäisevän toteutumista. Hoitajien vaihtuminen on odotetusti ehkäisevä tekijä ja tätä tukee kokemus sijaisten ohjatun ja tavoitteellisen perehdytyksen olevan 95 % mielestä kuntoutumista edistävän työtteen toteutumista edistävä tekijä. Kuviossa 8. on kuvattu kuntoutumista edistävän työtteen toteutumiseen edistävästi ja ehkäisevästi vaikuttavia tekijöitä.



Kuvio 8. Kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiseen edistävästi ja ehkäisevästi vaikuttavat tekijät prosentteina.

Kiire koettiin yksiselitteisesti ehkäisevänä tekijänä, samoin ”tehdään niin kuin on aina tehty”-rutiinit. Neljäsosa vastaajista koki hoitajan omien ikääntymiseen liittyvien asenteiden tunnistamisen ehkäisevän kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista. Kysymykseen, edistääkö vai ehkäiseekö

nykyinen henkilöstömäärä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista, 63 % vastaajista totesi sen olevan ehkäisevä tekijä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiselle ja 25 % koki sen edistävän toteutumista. Terveyskeskuksen vuodeosastolla 63 % ja palveluasumisyksiköissä 71 % koki nykyisen henkilöstömäärän ehkäiseväksi tekijäksi.

Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin muuttujien välisiä yhteyksiä. Kysyttäessä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiseen edistävästi ja ehkäisevästi vaikuttavia tekijöitä vertailtiin myös koulutuksen suhdetta ”tehdään siten, kun on itse parhaaksi kokenut” väitteen kokemiseen edistävän vai ehkäisevänä tekijänä. Perushoitajista 71 % piti sitä ehkäisevänä tekijänä, lähihoitajista 38 % oli samaa mieltä ja sairaanhoitajista 80 %, myös kouluttamattomien vastaajien joukossa 71 % oli yhtä mieltä sairaanhoitajien ja perushoitajien kanssa.

6.4 Tulosten yhteenveto

Kuntoutumista edistävän hoitotyön menetelmien toteutumista edistäviä tekijöitä aiempien tutkimusten mukaan on hoitajien mahdollisuus täydennyskoulutukseen (Pakkonen–Salminen–Hupli 2010). Tässä tutkimuksessa vastaajien itsearvioinnin mukaan heidän teorian tietonsa ja käytännöntaitonsa kuntoutumista edistävästä työotteesta ovat hyvät tai kiitettävät, vain 20 % koki taitonsa tyydyttäväiksi tai huonoiksi. Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen edellyttää koulutuksesta ja työyksiköstä riippumatta kaikkien mielestä hyvää ammatillista tietoa asiasta. Hyvästä itsearvioinnin tuloksesta riippumatta lisäkoulutusta asiasta koki tarvitsevansa 64 % vastanneista ja heistä 70 % koki tarvitsevansa sekä lisää tietoa teoriasta että käytännön toiminnasta.

Posion perusturvan henkilöstölle järjestettyyn kuntouttavan työotteeseen koulutukseen oli osallistunut 40 % vastaajista ja 60 % ei ollut käynyt kyseistä koulutusta. Tämän kolme vuotta sitten käydyn koulutuksen vaikuttavuus ei ollut tutkimusongelmana tässä työssä, mutta se oli yksi huomioitavista lähtökohdista tutkimusta suunniteltaessa. Kuntouttavan työotteeseen koulutukseen osallistuminen tai osallistumattomuus ei varsinaisesti näkynyt

vastauksissa, kun kysyttiin mitä vastaajat ajattelivat kuntoutumista edistävän työotteen tarkoittavan. Mielenkiintoista oli kuitenkin huomata, että edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiselle kysyttäessä vastauksissa oli eroavaisuuksia.

Osallistuneista puolet oli sitä mieltä, että edistävä tekijä on ”tehdään siten, kun on itse parhaaksi kokenut”, toinen puoli osallistuneista oli kuitenkin päinvastaista mieltä. Tätä voisi tulkita siten, että puolet koulutuksessa olleista todella osaa asian ja heidän näkemyksensä on siten perusteltavissa ajatuksella ”minä olen saanut koulutuksen ja tiedän miten kuuluu tehdä ja toimin sen mukaan”. Toisaalta niin käytännön kokemuksen kuin tässä tutkimuksessa esitetyn viitekehyksenkin perusteella on olennainen asia ymmärtää yhteisesti sovittujen ja kirjattujen tavoitteiden merkitys aktiivisesti toteutettavalle kuntoutumista edistävälle työotteelle. Kuntoutumista edistävä työote on asenne ja työtapa, joka tarkoittaa kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien toteuttamaa, yhteisiin toimintatapoihin perustuvaa, palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjattua ja säännöllisesti arvioitua toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa (Vähäkangas 2010, 21; Helin 2003, 347; Kelhä 2006, 7-8; STM 2008, 22, 31; Turja ym 2006, 6; Routasalo–Lauri 2001).

Koko vastaajajoukosta 93 % koki edistäväksi tekijäksi kirjalliset toimintaohjeet. Kuntoutumista edistävä työote tarkoittaa niiden keinojen kirjaamista, joiden avulla hoitajat tukevat asukkaan / potilaan toimintakykyä pitää paikkansa 86 % mielestä. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on hoitajan työväline päivittäisessä hoitotyössä ja lisäksi sillä on oleellinen merkitys palveluiden ja hoidon suunnittelussa (Päivärinta–Haverinen 2002, 35, 40–41, 45; Roper ym 1992, 73–75). Kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin mukaan hoitotyö itsessään on kuntoutumista edistävä tekijä (Routasalo–Lauri 2001, 211). Tutkimustulosten mukaan kuntoutumista edistävän työotteen tavoitteet on vain osittain kirjattu asiakkaiden / potilaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmiin, kuitenkin lähes kaikkien vastaajien mielestä se edistäisi työotteen toteutumista. Myöskään päivittäisessä hoitotyössä ei säännöllisesti käytetä palvelu- ja hoitosuunnitelmaa, eikä siihen kirjattujen tavoitteiden toteutumista arvioida säännöllisesti 60 % mielestä.

Tutkimustulosten perusteella on hoivayksiköissä tietoa ja taitoa kuntoutumista edistävästä työotteesta. Hoitohenkilökunnan käsitys kuntoutumista edistävän työotteen sisällöstä vastaa pääsääntöisesti aiempien, tämän tutkimuksen viitekehyksessä mainittujen tutkimusten tuloksia. Kuntoutumista edistävä työote koetaan osaksi päivittäin toteutettavaa perushoitoa, mutta teorian tiedon ja käytännön taitojen moniammatillisesti toteutettava yhteistyö, sekä mahdollisten toteuttamistapojen käyttöönotto kaipaa kehittämistä. Palvelu- ja hoitosuunnitelmien hyödyntämisessä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumisen lisäämiseksi löytyy myös kehitettävää.

Kysymyslomakkeen lopussa oli tyhjää tilaa, johon vastaaja on voinut kirjoittaa omia ajatuksiaan kuntouttavaan työotteeseen liittyen. Valitettavasti vain muutamassa lomakkeessa tilaisuutta oli hyödynnetty omien mielipiteiden ilmaisemiseen. Tutkimustulosten raportointi olisi voinut saada mielenkiintoisen lisän näistä kommentteista ja itse olisin saanut perehtyä myös laadullisen tutkimuksen tulosten käsittelyyn.

Henkilökunnan määrä, yhteiset tavoitteet ja niiden arviointi sekä moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi fysioterapian kanssa olivat vastaajien kommenttien aiheena. Huolenaiheena oli myös kouluttamattomat ja vastavalmistuneet, joilla kuntoutumista edistävä työote ei ole vielä sisäistynyt. Koulutukseen pääsemisen ajateltiin olevan koko työyhteisön etu, koska koulutuksen saanut voisi kouluttaa edelleen työkavereitaan. Apuvälineistä toivottiin lisää koulutusta, aina ei tiedä minkälaisia apuvälineitä on edes olemassa, eikä kaikki ole edes kalliita ostaa.

~ Kun edes olisi sama henkilökuntamäärä vuoroissa, niin suunnittelu olisi helpompaa. ~

~ Kuntouttava työote vaatii riittävästi resursseja asukkaiden toimintakyvyn mukaan. ~

~ Tarvitaan enemmän resursseja, jotta voidaan antaa asukkaille aikaa kuntoutumista edistävälle toiminnalle. ~

~ Lisää fysioterapian kanssa tehtyjä ohjelmia kuntoutumisen edistämiseen ja ylläpitoon. ~

~ Nykyään on paljon asenteet muuttuneet kuntoutukseen, joten uskon että tulevaisuudessa mennään aina parempaan päin. ~

~ Ajatuksena kuntouttava työote on ok, mutta toteutus, yhteiset päämäärät ja arviointi ja asian ydin ovat monella hukassa. ~

Tämän tutkimuksen tulokset esitettiin kaikille tutkimukseen osallistuneille hoivayksiköille toukokuussa 2011. Tulokset käynnistivät keskustelun mahdollisuuksista kehittää palvelu- ja hoitosuunnitelmaa vastaamaan kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamisen tarpeita sekä hyödyntämään laajemmin moniammatillista yhteistyötä fysioterapiayksikön ja hoivayksiköiden välillä. Tarkoituksena on huomioida myös työaika-autonomian hyödyntäminen resurssien oikeassa kohdentamisessa ja omahoitajuuden kautta syntyvä asiantuntijuus kuntoutumista edistävän työotteen mukaisen toiminnan säännöllisessä arvioinnissa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyötä tehdessäni käytin usein sanaa prosessi. Sillä tarkoitan aikaa, joka alkoi aiheen valinnasta ja päättyy valmiin työn esitykseen. Tämän prosessin tarkoitus on minun ymmärryksen mukaan ollut johdatella minua hieman peremmälle tieteellisen ajattelun ja tieteellisen tiedon hyväksikäytön maailmaan. Sen avulla on ollut mielenkiintoista ja helppoa perehtyä itseäni edelleen kiinnostavaan aiheeseen. Motivoiva aihe on tärkeä työn etenemisen kannalta. Kiinnostus kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiseen niin teoriassa kuin käytännössä on alusta asti säilynyt hyvin. Lisäksi tämä työ oli luonteva jatko lähihoitajakoulutuksen päätteeksi tehtyyn opinnäytetyöhön Apuvälineet ja ikääntyminen – kotona asuvan ikääntyvän toimintakyvyn tukeminen.

Toimeksiannon muotoutuminen tähän työhön tapahtui opiskelujeni edetessä vähitellen vuonna 2008 uudistetussa Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen pohjalta. Siinä todetaan varautumisen ikärakenteen muutokseen tarkoittavan erityisesti painotusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, henkilöstöön ja johtamiseen sekä ikääntyvien asuin- ja hoitoympäristöön kohdistuvien palveluiden laadun parantamiseen ja palvelurakenteiden kehittämiseen.

Mielestäni kuntoutumista edistävän työotteen toteutuminen hoitotyössä ikääntyvien hoivayksiköissä on osa jokaista edellä mainittua painopistealuetta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen se liittyy suoraan itsenäistä suoriutumista, elämänhallintaa ja turvallisuuden tunnetta tukemalla, sekä puuttamalla toimintakyvyn heikkenemiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin toimitaan kuntoutumista edistävän työotteen periaatteiden mukaan. Henkilöstöön ja johtamiseen tutkimuksen aihe liittyy kuntoutumista edistävän työotteen toteutumiseen vaikuttavien edistävien ja ehkäisevien tekijöiden kautta. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat kuinka suuren merkityksen saa lähiesimiehen osoittama tuki ja kiinnostus. Kiinnostuksellaan lähiesimies osoittaa mahdollisuuden sellaisen johtamiskulttuurin syntymiseen, jossa yhteisesti sopien luodaan kirjattu toimintamalli tueksi kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumiseksi.

Henkilöstön oikea mitoitus on keskeinen asia palvelujen laadukkaassa toteutuksessa, samoin hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen taso. Lakisääteiset vaatimukset sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät ohjeistukset määrittelevät myös meillä Posiolla peruslähtökohdat niin henkilöstön määrään ja ammatilliseen koulutusvaatimukseen kuin tavoitteelliseen ja asiantuntevaan johtamiseen sekä asuin- ja hoitoympäristöihin. Turvallisuus, kodinomaisuus, yksilöllisyys ja sairauksien sekä toimintakyvyn vajeiden kautta tulevien erityistarpeiden huomiointi ilmenivät sekä viitekehyksessä tarkasteltujen käsitteiden kautta että hoivayksiköiden kirjattuja toiminta-ajatuksia ja arvoja tarkastelemalla. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat hoivayksiköiden toiminnan Posiolla olevan myös valtakunnallisten arvojen mukaista.

Olen monessa vaiheessa ollut niin syventynyt kirjallisuuden tutkimiseen ja kirjoittamiseen, että tuntuu kuin aihe olisi kiinnostavuudellaan ja uusilla näkökulmillaan kuljettanut pitkän matkan oman oppimiseni syventymiseen ja kehittymiseen ja pakottanut aina vain jatkamaan ja jaksamaan. Kuitenkin sillä suurella työmäärällä ja ajalla, joka on mennyt tutkimustiedon hakemiseen ja viitekehysten rakentamiseen, on ollut tarkoituksensa. Onnistuessaan teoriaosuudessa on tutkija jo kyennyt antamaan teoreettisen vastauksen esitettyihin tutkimusongelmiin. Tulosten mukaan voidaan arvioida kuntoutumista edistävän työotteen toteutuvan hoivayksiköissä hyvin. Huomioitaviksi asioiksi nousi mielestäni oikein kohdennettujen henkilöstöresurssien lisäksi suunnitelmallisuuden ja kirjallisten toimintaohjeiden vähäisyys ja selkeän yhteisen toimintakulttuurin vakiintumattomuus. Keskustelun aiheeksi voisi nostaa kysymyksen onko se, että tehdään siten kun itse parhaaksi kokee edistävä vai ehkäisevä tekijä ja mitä kyseisen lauseen sisällön merkitys voisi olla näissä vaihtoehdoissa.

Olen opinnäytetyötä tehdessäni huomannut omaavani taidot ongelmien kokonaisvaltaiseen ratkaisemiseen ja erityisesti työn organisointiin. Tutkimussuunnitelmassa olevan aikataulun mukaan opinnäytetyön piti olla valmiina esitarkastukseen elokuussa 2011 ja valmiin työn luovutus lokakuussa 2011. Ammatillisen identiteettini kehittymisen kannalta edellä

olevien taitojen lisäksi koen tärkeäksi myös yhteistyökykyisyyden ja kärsivällisyyden kasvamisen erityisesti tämän työn aikana. Työn etenemiseksi olen etsinyt tietoa ottaen yhteyttä aiheeseen perehtyneisiin asiantuntijoihin ja tarkastellut niin löytämäni tietoa kuin saamiani ohjeita kriittisesti, sekä pohtinut niiden luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä oman tutkimukseni kannalta. Materiaalia oli paljon, koska aihe on jo vuosia ollut esillä ja siihen kohdistuvan tutkimustyön hyödyllisyys on tunnistettu. Opinnäytetyön tekemisen myötä ovat kehittyneet päätöksentekotaidot ja tehtyjen päätösten perusteleminen.

Helpointa on mielestäni ollut löydetyn ja pohditun tiedon, sekä analysoitujen tulosten muuttaminen kirjalliseen muotoon. Vaikeaksi olen kokenut tulosten analysoinnin SPSS-ohjelmalla, johon oli syynä itse ohjelman vähäinen tuntemus ja toisaalta myös sen käytön rajoittuneisuus vain lähiopetusjaksoille. Ohjelman monipuolista käyttöä ja siten myös monipuolisempaa tulosten analysointia olisi auttanut mahdollisuus saada ohjelma omaan käyttöön.

Tämän opinnäytetyön aineistoa on mahdollisuus hyödyntää erilaisissa kysyttyjen muuttujien välisiä riippuvuuksia tarkastelemalla laajemmin kuin mitä tässä työssä esitettiin tutkimusongelmiin vastaaminen edellytti. Aineiston keruussa käytettyä kyselylomaketta on myös mahdollisuus käyttää jatkotutkimuksessa myöhempana ajankohtana. Hoivayksiköille annetaan palaute, jossa on monipuolisemmin käsitelty heidän yksikössä kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista ja siihen edistävästi ja ehkäisevästi vaikuttavia tekijöitä.

LÄHTEET

- Arolaakso-Ahola, Sari – Rutanen, Maaret 2007. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa. Pilottitutkimus. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.
- Bowman, Clive – Easton, Paul 2000. Rehabilitation in long-term care. *Reviews in Clinical Gerontology* 10, 75–79.
- Eduskunta 2010. Eduskunnan vastaus 244/2010 vp. Osoitteessa http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml
- Grönlund, Rainer 2010. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111 Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita, Helsinki.
- Heikkinen, Eino 2003. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa E. Heikkinen – t. Rantanen (toim.) *Gerontologia*, 330–335. Duodecim, Tampere.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2003. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa E. Heikkinen – T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*, 363–370. Duodecim, Tampere.
- Helin, Satu 2003. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa E. Heikkinen – t. Rantanen (toim.) *Gerontologia*, 336–350. Duodecim, Tampere.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- Hirvonen, Raija – Nuutinen, Päivi – Rissanen, Sari –I sola, Arja 2004. Miksi vanhustyö ei kiinnosta? Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden asenteet vanhuksia kohtaan ja heidän käsityksensä suomalaisesta vanhustyöstä koulutuksen eri vaiheissa. *Hoitotiede* 16(5), 235–246.

Ikääntymisraportti 2009. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

KASTE 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Kelhä, Paula 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa – Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Laitinen-Junkkari, Pirjo (toim.) – Isola, Arja – Rissanen, Sari – Hirvonen, Raija 1999. Moninainen vanhusten hoitotyö. WSOY, Porvoo.

Laukkanen, Pia 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E. Heikkinen – T. Rantanen (toim.) Gerontologia, 255–266. Duodecim, Tampere.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2004. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.

Mänty, Minna – Sihvonen, Sanna – Hulkko, Terhi – Lounamaa, Anne 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat – Opas kaatumisten ja murtumisten ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B29/2007.

Pakkonen, Mari – Salminen, Leena – Hupli, Maija 2010. Täydennyskoulutusopiskelijoiden käsityksiä tutkitun tiedon käytöstä hoitotyössä – edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkiva Hoitotyö 8(3), 30–37.

- Paltamaa, Jaana – Karppi, Sirkka-Liisa – Smolander, Juhani – Koho, Petteri – Vaara, Mariitta – Hurri, Heikki. 2006. Suomessa käytössä olevia fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. Suomen Lääkärilehti 61(5), 459 – 646.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki.
- Pitkälä, Kaisu – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Huusko, Tiina – Laakkonen, Marja-Liisa – Pietilä, Minna – Raivio, Minna – Routasalo, Pirkko – Saarenheimo, Marja – Savikko, Niina – Strandberg, Timo – Tilvis, Reijo 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen Lääkärilehti 2007; 62(42): 3851–3856.
- Päivärinta, Eeva – Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes oppaita 52.
- Resnick, Barbara 1996. Motivation in geriatric rehabilitation. Journal of Nursing Scholarship 28, 41–45.
- Rintala, Johanna 2010. Hoitotyön tiedeperusta. Luento, kevät 2010 RAMK, Porokatu 35 Rovaniemi.
- Roper, Nancy – Logan, Winifred – Tierney, Alison 1992. Hoitotyön perusteet. Kirjayhtymä, Tampere.
- Routasalo, Pirkko – Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3, 207–215.
- Routasalo, Pirkko 2002. Sairaanhoitajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Hoitotiede 14(5), 254–263.
- Routasalo, Pirkko – Arve, Seija – Aarnio, Marita – Saarinen, Tuula 2003. Sairaanhoitajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämisessä. Tutkiva hoitotyö 1(1), 24–30.

- STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
- STM 2011. 1.4.2011. Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19.
- Suomen Perustuslaki 731/1999.
- Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. (toim. Reija Heinola) Stakes oppaita 70.
- Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171.
- THL 2010. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2008. Tilastoraportti 23/2009, 3.12.2009. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä
- Turja, Tiina – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva Hoitotyö 4(1), 4–9.
- Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi, Jyväskylä.
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 7/2005.
- Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja Oulun yliopisto lääketieteellinen tiedekunta terveystieteiden laitos.
- Vähäkangas, Pia – Noro, Anja 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede 2009, 21(2), 97–108.

LIITTEET

Liite 1.

Sairauksien toimintakykyä alentavat seuraukset elinryhmittäin.

(Gerontologian perusopinnot 2004 – 2005. Geriatrian perusteet – luentosarja

22.1.2005 Turun Yliopisto, Osmo Järvi- Sali, Medisiina, Kiinanmyllykatu 10 Turku.)

Sairaus	Toimintakykyä alentavat seuraukset
<u>1. Infektiot</u> - hengityselimet - sappi - munuaiset ja virtsatiet - tuberkuloosi	hengitysvaikeuksia, infektion (keuhkokuume, tuberkuloosi, VTI) tai leikkauksen vuoksi pitkäaikainen vuodelepo ja vähäisen liikkumisen aiheuttamat koko elimistöön kohdistuvat häiriöt, sekavuus, masennus, delirium
<u>2. Verenkiertoelimistö</u> - sepelvaltimotauti - rytmihäiriöt - sydämen vajaatoiminta - aivoverenkiertohäiriöt - ääreisverenkierron häiriöt - poikkeava verenpaine	laskimotukokset ja keuhkoembolia sekä sydäninfarktinkin kasvaminen, katkokävely, leposärky, kuolio, turvotukset, aivohalvaus, ortostaattinen hypotensio, raskauskivut alaraajoissa ja tuntuu puutokset
<u>3. Keskushermosto</u> - Alzheimerin tauti - Parkinsonin tauti - muut dementoivat sairaudet - MS- tauti	vapinaa ja motorista hidastumista, psyykkisiä oireita ja masennusta, tasapainohäiriöitä, lihasten jäykistymistä ja asennon muutoksia, ortostaattinen hypotensio, muistiongelmia ja päivittäistoiminnoista selviytymättömyyttä, inkontinenssi
<u>4. Ruuansulatuselimistö</u> - sylkirauhasten toimintahäiriöt - ientulehdukset - refluksitauti - nielemisvaikeudet - suoliston sairaudet - mahalaukun sairaudet - ummetus	syömiseen ja juomiseen liittyviä ongelmia, ruokahaluttomuutta, aliravitsemusta, hampaiston reikiintymistä ja suutulehduksia, hammasproteesiongelmaa, vatsakipuja
<u>5. Munuaiset ja virtsatiet</u> - munuaisten vajaatoiminta - inkontinenssi - eturauhasen liikakasvu	turvotuksia, lääkeaineiden metabolia muutoksia, virtsaamisvaikeuksia, virtsa- ja munuaiskiviä

<u>6. Sisäerityselimet</u> - diabetes - kilpirauhasen sairaudet - kihti	voimattomuus, näkö- ja tuntohäiriöt, diabeettinen nefropatia, -neuropatia ja – retinopatia, haavojen ja tulehdusten paranemisprosessin pitkittyminen, hypo- ja hyperglykemia-tilat, nivelten virheasennot, kipu ja liikkuvuuden väheneminen
<u>7. Tuki- ja liikuntaelimet</u> - nivelsairaudet - kulumat - reumataudit - osteoporoosi	lihassolujen väheneminen ja lihasvoiman heikentyminen, lihasten yhteistoiminnan hidastuminen, nivelten liikkuvuuden väheneminen, luuston haurastuminen ja tukirangan asennon muuttuminen, tapaturma- ja kaatumisriskin kasvaminen
<u>8. Elektrolyyttihäiriöt</u> - kuivuminen (dehydraatio) - hypo-/ hypernatremia - hypo-/ hyperkalemia - hypo-/ hyperfosfatemia - hypo-/ hyperkalsemia - hypo-/ hypermagneesemia	aineenvaihdunnan muutoksia, sydänoireita, tajunnan häiriöitä, turvotuksia, sekavuutta, delirium
<u>9. Aistitoiminnot</u> - sokeus - kuurous	vaikutus kohdistuu kaikkiin neljään, kognitiiviseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn huomattavasti alentaen

Liite 2.**KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TOTEUTUMINEN
KYSELYLOMAKE**

Valitse alla olevista kysymyksistä oikea vaihtoehto (yksi valinta):

1. Työyksikkö

- a. Terveyskeskuksen vuodeosasto
- b. Asumisyksikkö (Valmankoti, Tuulikannel, Suvanto tai Rantala-koti)
- c. Kotihoito (Kotipalvelu ja Kotisairaanhoido)

2. Työkokemus hoitotyössä

- a. alle 1 vuosi
- b. 1 – 5 vuotta
- c. 6 – 10 vuotta
- d. 11 – 20 vuotta
- e. yli 20 vuotta

3. Työsuhteen muoto

- a. Vakituinen työsuhde
- b. Sijaisuus

4. Koulutus

- a. perushoitaja
- b. lähihoitaja
- c. sairaanhoitaja
- d. ei hoitoalan koulutusta

5. Ikä

- a. alle 25 -vuotias
- b. 25 – 35 -vuotias
- c. 36 – 50 -vuotias
- d. 51 – 63 -vuotias
- e. yli 63 -vuotias

**6. Osallistuitko Posion perusturvan henkilöstölle järjestettyyn
Kuntouttavan työotteen koulutukseen talvella 2008 – 2009?**

- a. Kyllä
- b. En

**7. Onko työyksikkösi asukkaille/ potilaille tehty palvelu- ja
hoitosuunnitelma?**

- a. Kyllä
- b. Osalle on
- c. Ei
- d. En tiedä

8. Käytetäänkö palvelu- ja hoitosuunnitelmaa päivittäisessä hoitotyössä?

- a. Kyllä
- b. Joskus
- c. Ei

9. Ovatko kuntouttavan työotteen tavoitteet kirjattu asukkaan/potilaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan?

- a. Kyllä
- b. Osittain
- c. Ei

10. Arvioidaanko kuntouttavan työotteen tavoitteiden toteutumista säännöllisesti?

- a. Kyllä
- b. Ei

11. Minkälaiset ovat sinun kuntouttavan työotteen teoreettiset taidot tällä hetkellä oman kokemuksesi mukaan?

- a. Kiitettävä
- b. Hyvä
- c. Tyydyttävä
- d. Huono

12. Minkälaiset ovat sinun kuntouttavan työotteen käytännön taidot tällä hetkellä oman kokemuksesi mukaan?

- a. Kiitettävä
- b. Hyvä
- c. Tyydyttävä
- d. Huono

13. Alla olevien vaihtoehtoisten kysymysten avulla on tarkoitus selvittää
Mitä sinun mielestäsi kuntouttava työote tarkoittaa?

Vastaa taulukossa oleviin vaihtoehtoihin valitsemalla omasta mielestäsi sopivin vaihtoehto (**yksi valinta**) laittamalla ruksi (X) oikeaan ruutuun.

Minun mielestäni kuntouttava työote...	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
on toimintakyvyn palauttamista					
on toimintakyvyn heikkenemisen ennalta ehkäisemistä					
on toimintakyvyn ylläpitämistä					
edellyttää hoitajalta aktiivista roolia					
edellyttää hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja					
vaatii hoitajalta taitoa toimia iäkkäiden kanssa					
vaatii hoitajalta ongelmanratkaisu taitoja					
edellyttää hoitajalta hyvää fyysistä kuntoa					
edellyttää hoitajalta hyvää psyykkistä kestävyyttä					
vaatii hoitajalta pitkäjännitteisyyttä					
edellyttää työyksiköltä yhteisiä pelisääntöjä ja toimintaperiaatteita					

Minun mielestäni kuntouttavan työote...	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
tarkoittaa hoitajan sitoutumista kuntouttavan työotteen käyttämiseen					
edellyttää hyvää ammattillista tietoa					
on tiedon ja tuen antamista asukkaalle/potilaalle					
on hoitajan suvaitsevaisuutta ja kykyä ymmärtää erilaisia arvoja					
tarkoittaa avoimuutta ja keskustelua toimintatavoista työyksikössä					
vaatii asukkaan /potilaan elämänhistorian tuntemista					
edellyttää asukkaan/potilaan aktiivista roolia					
vaatii ergonomian huomioimista					
on asukkaan/potilaan sitoutumista omatoimisuuteen					
edellyttää asukkaan /potilaan omaa motivaatiota					
on asukkaan/potilaan ohjaamista					

Minun mielestäni kuntouttavan työote...	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
vaatii aikaa					
edellyttää pitkää työkokemusta					
tarkoittaa niiden keinojen kirjaamista, joiden avulla hoitajat tukevat asukkaan/potilaan toimintakykyä					
on tarvittaessa huumorin käyttämistä asukkaan/ potilaan kannustamisessa					
vaatii lääkityksen seurantaa, tarkistamista ja vaikutusten arviointia					

14. Alla olevien vaihtoehtojen kysymysten avulla on tarkoitus selvittää
Miten sinun mielestäsi kuntouttava työote toteutuu työyksikössäsi tällä hetkellä?

Vastaa taulukossa oleviin vaihtoehtoihin valitsemalla omasta mielestäsi sopivin vaihtoehto (yksi valinta) laittamalla ruksi (X) oikeaan ruutuun.

Työyksikössäni kuntouttavan työotteen toteutuminen...	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
on tavoitteellista toimintaa					
on asukas/potilaslähtöistä toimintaa					
on hoitajalähtöistä toimintaa					
on terveyslähtöistä toimintaa					
on toimintakykylähtöistä toimintaa					
on suunnitelmallista toimintaa					
perustuu yksilöllisyyteen					
perustuu asukkaan / potilaan itsemääräämisoikeuden tukemiseen					
perustuu asukkaan / potilaan elämänhallinnan tunteen tukemiseen					
perustuu asukkaan /potilaan turvallisuuden tunteen tukemiseen					
on moniammatillista yhteistyötä					
on osa jokapäiväistä perushoitoa					

15. Miten seuraavat asiat vaikuttavat sinun mielestäsi kuntouttavan työotteeseen toteutumiseen?

Valitse sopiva vaihtoehto

Miten kuntouttavan työotteeseen toteutumiseen vaikuttaa...	Edistävästi	Ehkäisevästi
mahdollisuus lisäkoulutukseen		
tavoitteiden asettaminen yhdessä asukkaan/ potilaan, fysioterapeutin kanssa		
apuvälineiden käyttö		
hoitajien sairaus- ja vuosilomat		
kiire		
omahoitajajärjestelmä		
hoitajien vaihtuminen		
hoitajan ja asukkaan/ potilaan toiminnan arviointi		
hoitajan asukkaalle/potilaalle antama emotionaalinen tuki		
”tehdään niin kuin aina on tehty” rutiinit		
tehdään siten, kun on itse parhaaksi kokenut		
asetettujen ja saavutettujen tavoitteiden arviointi		
fyysinen toimintaympäristö, esteettisyys ja kodinomaisuus		
hoitajan omien ikääntymiseen liittyvien asenteiden tunnistaminen		
avoimuus ja keskustelu työyksikössä		
työkaverin antama asiallinen palaute		
lähiesimiehen osoittama kiinnostus ja tuki		
kirjalliset toimintaohjeet		
ergonomisten työtapojen noudattaminen		

	Edistävästi	Ehkäisevästi
sijaisten ohjattu ja tavoitteellinen perehdyttäminen		
jatkuva kuntouttavasta työstä puhuminen		
nykyinen henkilöstömäärä		

16. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta Kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi omassa työssäsi?

- a. Kyllä
- b. En

17. Jos vastasit kyllä, niin minkälaista

- a. Teoriaa
- b. Käytännön harjoitusta
- c. Molempia
- d. Jotain muuta,
mitä? _____

18. Tähän voit halutessasi kirjoittaa omia ajatuksiasi kuntouttavaan työotteeseen liittyen.

Kiitos vastauksistasi!